# Premera Blue Cross HMO : HMO 5000

**Cobertura para:** Individuos o Familias | **Tipo de plan:** HMO

**El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-722-4661 (TTY: 711) o visítenos en www.premera.com. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-844-722-4661 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | Dentro de la red: $5,000 individual/$10,000 familiar. | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia se encuentran incluidos en el plan, cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto de los gastos del deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia. |
| **¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?** | Sí. No se aplica a la atención preventiva, los copagos, los medicamentos con receta ni a los servicios enumerados a continuación como “Sin cargo”. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido antes de que alcance su deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| **¿Cuál es el límite de desembolso directo de este plan?** | Dentro de la red: $9,100 individual/$18,200 familiar. | El límite de desembolso directo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia se encuentran incluidos en este plan, deben alcanzar sus propios límites de desembolso máximo hasta que se alcance el límite de desembolso máximo general de la familia. |
| **¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo?** | La prima, los cargos de facturación de saldo, las penalizaciones en caso de no obtener una autorización previa para los servicios y los servicios de atención médica que este plan no cubre. | Incluso aunque usted pague estos gastos, estos no se cuentan para su límite de desembolso directo. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|---|---|---|
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor que se encuentra dentro de la red?** | Sí. Red Sherwood HMO. Consulte www.premera.com o llame al 1-844-722-4661 para obtener una lista de proveedores dentro de la red. | Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría hacer uso de un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| **¿Se necesita un referido para atenderse con un especialista?** | Sí. | Este plan pagará por algunos o todos los costos por visitar a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de ver al especialista. |

Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica un deducible.

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| **Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $10 de copago/visita | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita a un especialista | $65 de copago/visita | Sin cobertura | Ninguna |
| | Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunas | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan. |
| **Si se le realiza un examen** | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por vez. |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección**<br><br>Encuentre más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta** en<br><br>www.Premera.com/hmo/documents/059902_2026.pdf | Medicamentos genéricos preferidos | $10 de copago/receta (por venta minorista), $30 de copago/receta (por pedido por correo) | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Farmacias minoristas: un copago por cada suministro para 30 días. Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere una autorización previa para obtener algunos medicamentos. |
| | Medicamentos de marca preferidos | $50 de copago/receta (por venta minorista), $150 de copago/receta (por pedido por correo) | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Farmacias minoristas: un copago por cada suministro para 30 días. Se requiere una autorización previa para obtener algunos medicamentos. |
| | Medicamentos especializados preferidos | $80 copago/receta | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 30 días. Se requiere una autorización previa para obtener algunos medicamentos. |
| | Medicamentos genéricos no preferidos<br>Medicamentos de marca no preferidos<br>Medicamentos especializados no preferidos | Medicamentos genéricos no preferidos: $150 de copago/receta (venta minorista), $450 de copago/receta (pedido por correo)<br>Medicamentos de marca no preferidos: $150 de copago/receta (venta minorista), $450 de copago/receta (pedido por correo)<br>Medicamentos especializados no preferidos: $150 de copago/receta (venta minorista), $450 de copago/receta (pedido por correo) | Sin cobertura | Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos: Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Farmacias minoristas: un copago por cada suministro para 30 días.<br>Medicamentos especializados no preferidos: cubre un suministro de hasta 30 días. Se requiere una autorización previa para obtener algunos medicamentos. |
| **Si usted se realiza una operación ambulatoria** | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para obtener algunos servicios. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por vez. |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | $300 de copago/visita + 30% de coseguro | $300 de copago/visita + 30% de coseguro | No se cobra el copago de la sala de emergencias si es admitido al hospital. |
| | Transporte médico de emergencia | 30% de coseguro | 30% de coseguro | Ninguna |
| | Atención de urgencia | En el hospital: $300 de copago por visita + 30% de coseguro<br>En un centro independiente: $25 de copago/visita | En el hospital: $300 de copago por visita + 30% de coseguro<br>En un centro independiente: $25 de copago/visita | Ninguna |
| **Si es hospitalizado** | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital) | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por estadía. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso por sustancias** | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio: $10 de copago/visita<br>Establecimiento: 30% de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por estadía. |
| **Si se encuentra embarazada** | Visitas al consultorio | 30% de coseguro | Sin cobertura | El costo compartido no se aplica para los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un coseguro. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías). |
| | Servicios profesionales de nacimiento/parto | 30% de coseguro | Sin cobertura | |
| | Servicios del establecimiento de nacimientos/partos | 30% de coseguro | Sin cobertura | |
| **Si necesita servicios de recuperación o** | Atención de salud en el hogar | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se limita a 130 visitas por año calendario. |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| **tiene otras necesidades especiales de salud** | Servicios de rehabilitación | Paciente ambulatorio: $65 de copago/visita<br>Paciente hospitalizado: 30% de coseguro | Sin cobertura | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye terapia física, terapia del lenguaje y terapia ocupacional.<br>Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por estadía. |
| | Servicios de habilitación | Paciente ambulatorio: $65 de copago/visita<br>Paciente hospitalizado: 30% de coseguro | Sin cobertura | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye terapia física, terapia del lenguaje y terapia ocupacional.<br>Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por estadía. |
| | Atención de enfermería especializada | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se limita a 90 días por año calendario. Se requiere autorización previa para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por estadía. |
| | Equipo médico duradero | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para la compra de algún equipo médico. Penalización: 50% del cargo permitido hasta $1,500 por vez. |
| | Servicios de cuidados paliativos | 30% de coseguro | Sin cobertura | Se limitan a 240 horas de relevo; se limitan a 10 días para pacientes hospitalizados: límite de beneficio general de 6 meses de por vida, excepto que se apruebe lo contrario. |
| **Si su hijo necesita servicios odontológicos u oftalmológicos** | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Chequeo dental infantil | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

| **Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).** | | |
|---|---|---|
| • Cirugía bariátrica<br>• Cirugía estética<br>• Atención dental (adultos) | • Tratamientos para la infertilidad<br>• Atención a largo plazo<br>• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de Estados Unidos. | • Servicios de enfermería privada<br>• Atención de la vista de rutina (adultos)<br>• Programas de pérdida de peso |

| **Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).** | |
|---|---|
| • Acupuntura<br>• Atención quiropráctica u otras manipulaciones de la columna vertebral | • Atención podológica<br>• Audífonos |

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si quiere continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto para esas agencias es: para planes ERISA, contacte a la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para planes pertenecientes al gobierno, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Para los planes eclesiásticos y todos los demás planes, comuníquese con el Departamento Estatal de Seguros (State Insurance Department) al 1-800-562-6900 o con la aseguradora al 1-844-722-4661 o TTY 711. También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la contratación de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite la página web www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar quejas y apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudarle si tiene una reclamación contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicho reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan la información completa para presentar un reclamo, apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con su plan al 1-844-722-4661 o TTY 711, o con el Departamento Estatal de Seguros al 1-800-562-6900, o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?** **Sí**.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda acceder al crédito fiscal para las primas.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo?** **Sí**.
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría acceder a un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

**Servicios de ayuda en su idioma:**
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-722-4661.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-722-4661.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-844-722-4661.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-844-722-4661.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:

**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según el tratamiento que reciba en verdad, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos en virtud del plan. Haga uso de esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y el parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- **Copago del especialista** **$65**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **30%**
- **Otro coseguro** **30%**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal)*
Servicios profesionales de nacimiento/parto
Servicios del establecimiento de nacimientos/partos
Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre)*
Visita a un especialista *(anestesia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |
|---|---|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $5,000 |
| Copagos | $10 |
| Coseguro | $1,200 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$7,370** |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- **Copago del especialista** **$65**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **30%**
- **Otro coseguro** **30%**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
|---|---|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $900 |
| Copagos | $1,000 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$1,920** |

### Fractura simple de Mia
(visita a una sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- **Copago del especialista** **$65**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **30%**
- **Otro coseguro** **30%**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |
|---|---|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $2,100 |
| Copagos | $500 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$2,600** |