



El documento “Resumen de beneficios y cobertura” (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir 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 (llamado la prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 888-326-7240. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, por ejemplo, monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<b>Centro para la Salud de los Empleados del Distrito Escolar del Condado de Osceola (también conocido como "Centro de Salud"):</b> no aplican deducibles; <b>Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2:</b> \$500 por participante del plan, \$1,000 por unidad familiar. El deducible vuelve a comenzar cada 1.º DE OCTUBRE.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en el plan, cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de <u>gastos deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios cubiertos que se reciban en el <b>Centro de Salud</b> , los servicios para los cuales exista una recomendación de <b>SentryHealth</b> , Sala de Emergencias y <b>Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2:</b> la <u>atención preventiva</u> del médico de atención primaria (PCP) para hijos dependientes, la rehabilitación ambulatoria/en el consultorio, la <u>atención de urgencia</u> , las visitas al consultorio del PCP para hijos dependientes, las visitas al consultorio del médico <u>especialista</u> (se requiere remisión) y los exámenes de laboratorio de diagnóstico están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este plan cubre algunos artículos y <u>servicios</u> , incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Vea la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para <u>servicios</u> específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	<b>Centro para la Salud de los Empleados del Distrito Escolar del Condado de Osceola (también conocido como "Centro de Salud"):</b> no aplica un monto máximo de gastos de bolsillo; <b>Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2:</b> \$4,000 por participante del plan, \$8,000 por unidad familiar. El <u>límite de gastos de bolsillo</u> vuelve a comenzar cada 1.º DE OCTUBRE.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted podría pagar en un año por los <u>servicios</u> cubiertos. Si usted tiene otros familiares en este plan, tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Sanciones de certificación previa, sanciones DAW de <u>medicamentos con receta</u> y descuentos/cupones, <u>primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> (a menos que esté prohibida la <u>facturación del saldo</u> ), servicios no cubiertos y la atención médica que este plan no cubra.	Si bien usted paga estos costos, no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará usted menos si se atiende con un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="https://etrx.ehsppo.com/ETRXMemberPortal.aspx?EmployerID=32820">https://etrx.ehsppo.com/ETRXMemberPortal.aspx?EmployerID=32820</a> o llame a <i>SentryHealth</i> al 844-297-0747 para obtener una lista de los <u>proveedores (preferidos)</u> de Nivel 1 o Nivel 2.	Este plan ofrece <b>servicios del Centro de Salud</b> sin costo alguno; usted pagará costos con descuento si utiliza un <b>proveedor</b> de <i>Evolutions</i> y <i>podiera requerirse una remisión del Centro de Salud</i> .s Usted pagará todos los costos si utiliza cualquier otro <u>proveedor</u> (excepto para los servicios de la Sala de Emergencias/Ambulancia) y pudiera recibir una factura por <u>servicios auxiliares del proveedor</u> (tales como anestesia o análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de recibir estos <u>servicios</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Necesita una <b>remisión</b> para ver a un <b>especialista</b> ?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista fuera del Centro de Salud</u> para recibir <u>servicios</u> cubiertos, pero solo si usted cuenta con una <u>remisión</u> antes del ver al <u>especialista</u> .

 Todos los costos de **copago** y **coseguro** que aparecen en esta tabla son después de haber alcanzado su **deducible**, si aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones y otra información importante*
		Centro de Salud (Usted no pagará nada)	PCP de pediatría designado Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Hijos dependientes hasta los 26 años)	Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Participantes del plan de 26 años y más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Consulta con su médico principal para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	El <u>copago</u> se aplica por visita e incluye radiografías y análisis de laboratorio, inyecciones, alergias y cirugía en el consultorio. El <u>copago</u> también incluye interpretación de análisis de laboratorio/patología/radiografías y equipos médicos duraderos (DME) (excepto dispositivos y suministros de presión positiva continua en las vías respiratorias [CPAP]), relacionados con la visita pero facturados por un proveedor diferente y recibidos dentro de los cinco días posteriores a la visita. No hay cargos por las visitas al consultorio de atención primaria para las participantes del <u>plan</u> de 18 años o más que utilicen un ginecobstetra o ginecólogo de Nivel 1 o Nivel 2 como su médico de atención primaria.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u> <i>Se necesita una remisión del Centro de Salud. Si el especialista que remite lo hace a un especialista de Nivel 1 o Nivel 2 diferente, este debe comunicarse con SentryHealth para la remisión. Los pediatras, ginecobstetras o ginecólogos que remitan a un especialista deben comunicarse con SentryHealth para la remisión.</i>	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Atención médica preventiva/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cargo; los servicios no disponibles en el Centro de Salud o a través del PCP de pediatría necesitan una remisión	Sin cargo; los servicios no disponibles en el Centro de Salud necesitan una remisión	
Si le hacen un examen	<u>Examen de diagnóstico - Laboratorio</u>	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	20% de <u>coseguro</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	No se aplican cargos por la primera colonoscopia ni por la primera mamografía de cada año del <u>plan</u> .  Los servicios de imagenología pueden estar disponibles sin costo: <i>Green Imaging, LLC</i> ; <a href="http://www.greenimaging.net">www.greenimaging.net</a> . <i>Se requiere una certificación</i>
	<u>Prueba diagnóstica - Radiografía</u>	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
	Imagenología (tomografía computarizada/tomografía por	No disponible	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	

\* Para obtener más información sobre los límites y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.ebms.com](http://www.ebms.com).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones y otra información importante*
		Centro de Salud (Usted no pagará nada)	PCP de pediatría designado Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Hijos dependientes hasta los 26 años)	Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Participantes del plan de 26 años y más)	
	emisión de positrones, resonancia magnética)				previa antes de recibir los servicios de imagenología (no realizados por Green Imaging, LLC), y antes de la cirugía ambulatoria (colonoscopia diagnóstica), para evitar una sanción.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección.</b> Para obtener más información, comuníquese con <a href="https://www.ventegra.com/">https://www.ventegra.com/</a>	Medicamentos genéricos	Los medicamentos o productos con receta deben obtenerse a través de <b>Prescriptions Unlimited Pharmacy, Publix Pharmacy o Walmart Pharmacy</b> para ser elegibles para el reembolso			Los medicamentos o productos con receta obtenidos mediante otros lugares que no sean Prescriptions Unlimited Pharmacy, Publix Pharmacy o Walmart Pharmacy no son elegibles (a menos que sean médicamente necesarios debido a una emergencia). Los medicamentos de venta minorista están disponibles con un suministro de hasta 90 días por receta. Los <u>medicamentos especializados</u> están limitados a un suministro de 30 días por receta. No existe la opción de pedidos por correo a la farmacia. Los medicamentos de marca pueden estar disponibles sin costo a través del Programa Internacional de Pedidos por Correo de ElectRx. Para obtener más información, comuníquese con <a href="https://www.electrx.com/">https://www.electrx.com/</a> .
	Medicamentos de marcas incluidas en el formulario	\$0 de <u>copago</u> por receta (suministro para 30, 60, 90 días) (Los medicamentos genéricos también pueden obtenerse a través del Centro de Salud con \$0 de <u>copago</u> por receta)			
	Medicamentos de marca no incluidos en el formulario	50% de <u>copago</u> (\$150 máx.) por receta (suministro para 30 días) 50% de <u>copago</u> (\$300 máx.) por receta (suministro para 60 días) 50% de <u>copago</u> (\$450 máx.) por receta (suministro para 90 días)			
	Medicamentos especiales	\$75 de <u>copago</u> por receta (suministro solo para 30 días)			
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere una precertificación antes de la cirugía ambulatoria, para evitar una sanción.
	Tarifas del médico/cirujano		20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	No disponible en el Centro de Salud	\$400 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u> (exento de <u>copago</u> si es hospitalizado).		Se requiere una certificación previa después de una admisión de la sala de emergencias para evitar una sanción. Los costos del proveedor que no es de Nivel 1/Nivel 2 son reembolsados conforme al límite de reclamación permitido.
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>		Los costos del proveedor que no es de Nivel 1/Nivel 2 son reembolsados conforme al límite de reclamación permitido.
	<u>Atención médica urgente</u>	No disponible en el Centro de Salud	\$45 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$45 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	El <u>copago</u> incluye todos los servicios incurridos durante la visita y facturados por el mismo proveedor.

\* Para obtener más información sobre los límites y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.ebms.com](http://www.ebms.com).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones y otra información importante*
		Centro de Salud (Usted no pagará nada)	PCP de pediatría designado Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Hijos dependientes hasta los 26 años)	Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Participantes del plan de 26 años y más)	
Si hay hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación en el hospital)	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere una precertificación antes de las admisiones de pacientes hospitalizados, para evitar una sanción.
	Tarifas del médico/cirujano		20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Centro ambulatorio	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> se aplica por visita e incluye radiografías y análisis de laboratorio, inyecciones, alergias y cirugía en el consultorio. El <u>copago</u> también incluye interpretación de análisis de laboratorio/patología/radiografías y equipos médicos duraderos (DME) (excepto dispositivos y suministros de presión positiva continua en las vías respiratorias [CPAP]), relacionados con la visita pero facturados por un proveedor diferente y recibidos dentro de los cinco días posteriores a la visita. No hay cargos por las visitas al consultorio de atención primaria para las participantes del <u>plan</u> de 18 años o más que utilicen un ginecobstetra o ginecólogo de Nivel 1 o Nivel 2 como su médico de atención primaria.
	Médico ambulatorio		20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
	Visitas al consultorio médico				
	Visita al consultorio de atención primaria	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	
	Visita al consultorio de un especialista	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	
	Centro de hospitalización	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere una precertificación antes de las admisiones de pacientes hospitalizados, para evitar una sanción.
	Médico de hospitalización		20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
Si está embarazada	Visitas al consultorio médico – Inicial	Sin cargo	Sin cargo	Ginecobstetra o ginecólogo	El <u>costo compartido</u> no se aplica a determinados <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de <u>servicios</u> , puede aplicar el <u>coseguro</u> . La atención materna puede incluir pruebas y <u>servicios</u> descritos en otras partes del SBC (p. ej., ecografía). Si el especialista que remite lo hace a un especialista de Nivel 1 o Nivel 2 diferente, debe comunicarse con SentryHealth para la remisión. Los ginecobstetras o ginecólogos que remitan a un especialista deben comunicarse con SentryHealth para la remisión.
	Médico de atención primaria			\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	
	Médico especialista	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	
			Se necesita una remisión del Centro de Salud.		

\* Para obtener más información sobre los límites y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.ebms.com](http://www.ebms.com).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones y otra información importante* <i>Los servicios recibidos que no sean del proveedor de Nivel 1 o Nivel 2 del Centro de Salud no son elegibles para cobertura, excepto por la atención en la sala de emergencias cuando sea médicamente necesaria (y a menos que se especifique de otra manera).</i>
		Centro de Salud (Usted no pagará nada)	PCP de pediatría designado Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Hijos dependientes hasta los 26 años)	Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Participantes del plan de 26 años y más)	
Si está embarazada	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere una certificación previa para las admisiones de maternidad que excedan las 48 horas en casos de parto vaginal o 96 horas en casos de cesárea para evitar una sanción.
	Servicios del centro	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	La cobertura está limitada a 16 horas por día máximo. Se requiere una certificación previa antes de la <u>atención médica en el hogar</u> para evitar una sanción.
	<u>Servicios de rehabilitación</u> Servicios de hospitalización	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere una certificación previa antes de la admisión para evitar una sanción. La hospitalización está limitada a 60 días por año del plan (combinada con enfermería especializada). La rehabilitación cardíaca ambulatoria está limitada a 36 visitas por año del plan; las terapias ambulatorias físicas, del habla, cognitiva, ocupacional y la atención con quiroprácticos están limitadas a 60 visitas (combinadas) por año del plan. Los límites de las visitas no aplican a tratamientos relacionados con los trastornos del espectro autista.
	Servicios ambulatorios/ de consultorio	No disponible en el Centro de Salud	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Consultar <u>servicios de rehabilitación</u>			
	<u>Cuidado de enfermería especializado</u>	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	La cobertura se limita a 60 días por año del plan (combinada con <u>servicios de rehabilitación</u> con hospitalización). Se requiere una <u>precertificación</u> antes de las admisiones de pacientes hospitalizados para evitar una sanción.
	<u>Equipo médico duradero</u> (DME, por sus siglas en inglés)	Sin cargo	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere una certificación previa para los proveedores de Nivel 1 y Nivel 2 antes de recibir DME que exceda los \$2,500 (incluyendo todas las máquinas de presión positiva de las vías respiratorias (PAP, por sus siglas en inglés) y humidificadores, independientemente del costo) para evitar una sanción. Los DME (excluyendo los CPAP) relacionados con una visita al consultorio y recibidos dentro de los cinco días posteriores a la visita están sujetos al beneficio de <u>copago</u> de la visita al consultorio médico.

\* Para obtener más información sobre los límites y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.ebms.com](http://www.ebms.com).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones y otra información importante* <i>Los servicios recibidos que no sean del proveedor de Nivel 1 o Nivel 2 del Centro de Salud no son elegibles para cobertura, excepto por la atención en la sala de emergencias cuando sea médicamente necesaria (y a menos que se especifique de otra manera).</i>
		Centro de Salud (Usted no pagará nada)	PCP de pediatría designado Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Hijos dependientes hasta los 26 años)	Proveedor de Evolutions de Nivel 1/Nivel 2 (Participantes del plan de 26 años y más)	
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	No disponible en el Centro de Salud	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	<i>Se requiere una certificación previa antes de los <u>servicios de cuidados paliativos</u> para evitar una sanción.</i>
<b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen de la vista para niños		No cubierto		Los beneficios de visión y dentales pueden estar disponibles a través de una elección del <u>plan</u> por separado.
	Anteojos para niños		No cubierto		
	Examen odontológico para niños		No cubierto		

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (Adulto/Niños)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención médica no urgente recibida cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería de servicio privado</li> <li>• Atención oftalmológica de rutina (Adulto/Niños)</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul>
<b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> </ul>		

\* Para obtener más información sobre los límites y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.ebms.com](http://www.ebms.com).

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura una vez que termine. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión del Seguro a través del 1-877-267-2323, extensión 61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También podrían existir otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318- 2596.

**Sus derechos de presentar quejas y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si usted tiene una denuncia contra su plan por negarle una reclamación. Esta denuncia se denomina queja o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para obtener ayuda, póngase en contacto al EBMS al 1-800-777-3575. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo con su apelación. Puede encontrar una lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor en: [www.dol.gov/ebsa/healthcarereform](http://www.dol.gov/ebsa/healthcarereform) y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/>.

### ¿Este plan brinda Cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas.

### ¿Este plan cumple con el Estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el Estándar de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal para primas para ayudar a pagar un plan a través del Mercado.

### Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 888-326-7240.

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888-326-7240.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 888-326-7240.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiigo holne' 888-326-7240.

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

**Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés):** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán según la atención que realmente reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos bajo el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted pudiera pagar bajo planes de salud diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$500
- Copago del médico de atención primaria \$30
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Consultorio de médico de atención primaria (Ginecobstetricia-Ginecología) (*atención prenatal*)  
Servicios profesionales para el nacimiento/parto  
Servicios del centro para el nacimiento/parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,960</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El deducible general del plan \$500
- Copago por consulta con un especialista \$30
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Consultorio del médico especialista (*incluye educación sobre la enfermedad*)  
Examen de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
 Suministros médicos (*medidor de glucosa*)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$2,600
<u>Coseguro</u>	\$20
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,640</b>

**Fractura simple de Mia**

(consulta en la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El deducible general del plan \$500
- Copago por consulta con un especialista \$30
- Copago del hospital (centro de emergencias) \$400
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención de la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)  
Examen de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipos médicos duraderos (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$610
<u>Coseguro</u>	\$160
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,270</b>

En los casos en los que se haya obtenido la remisión adecuada del proveedor no se aplicará el deducible. Estos ejemplos de cobertura describen cómo se considerarían las reclamaciones en general para las afecciones médicas que se muestran; sus costos reales variarán según los detalles específicos del plan.