




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>Proveedores de Nivel 1:</b> \$600 por participante del plan, \$1,200 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 2:</b> \$950 por participante del plan, \$1,900 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 3:</b> \$950 por participante del plan, \$1,900 por unidad familiar. El <u>deducible</u> 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. La <u>atención preventiva</u> , la <u>rehabilitación ambulatoria/en consultorio</u> , la <u>atención de urgencia</u> , las visitas al consultorio de atención ambulatoria y las visitas al consultorio, y los exámenes de laboratorio de diagnóstico están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> . Además, <i>los servicios que reciba en el Centro para la Salud de los Empleados del Distrito Escolar del Condado de Osceola o recibidos por una recomendación de SentryHealth no están sujetos a deducible.</i>	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?	Sí. \$75 por participante del plan para <u>medicamentos con receta</u> . No se aplica a <u>medicamentos genéricos</u> ni a <u>medicamentos de marca de farmacia preferida</u> .	Sí: Usted debe pagar todos los costos de estos <u>servicios</u> hasta el monto <u>deducible</u> específico antes de que este plan comience a pagar por estos <u>servicios</u> .
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	<b>Proveedores de Nivel 1</b> incluidos gastos de farmacia <u>preferida</u> : \$4,000 por participante del plan, \$8,000 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 2</b> incluidos gastos de farmacia <u>no preferida</u> : \$6,700 por participante del plan, \$12,400 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 3:</b> \$6,700 por participante del plan, \$12,400 por unidad familiar.	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> ), y la atención médica que este plan no cubra. El <u>límite de gastos de bolsillo</u> vuelve a comenzar cada 1.º DE OCTUBRE.	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</u> ( <u>preferidos</u> ) de Nivel 1 o Nivel 2.	Este plan ofrece oportunidades de <u>proveedores preferidos</u> . Usted pagará menos si usa un ( <u>proveedor</u> ) <u>preferido</u> de Nivel 1 o Nivel 2. Usted pagará más si usa un <u>proveedor</u> ( <u>no preferido</u> ) de Nivel 3, y puede recibir una factura de un <u>proveedor</u> de Nivel 3 por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su plan ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> ( <u>preferido</u> ) de Nivel 1 o Nivel 2 pudiera usar un <u>proveedor</u> ( <u>no preferido</u> ) de Nivel 3 para algunos <u>servicios</u> (como 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 remisión para ver a un especialista?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> de su elección sin una <u>remisión</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			Restricciones, excepciones y otra información importante* Los servicios proporcionados por un proveedor de Advent Health no son elegibles para el reembolso (excepto la atención en la sala de emergencias que sea médicamente necesaria)
		Proveedores del Nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores del Nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedores del Nivel 3 (Usted no pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta con su médico principal para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$25 de <u>copago</u> por visita; no aplica <u>deducible</u>	\$30 de <u>copago</u> por visita; no aplica <u>deducible</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 se aplica a los análisis de laboratorio/radiografías y a los <u>equipos médicos duraderos</u> (excepto los CPAP), relacionados con la visita pero facturados por un proveedor diferente y recibidos dentro de los cinco días posteriores a la visita.  Podría tener que pagar por los <u>servicios</u> que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los <u>servicios</u> que necesita se consideran <u>preventivos</u> , luego verifique qué pagará su <u>plan</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$50 de <u>copago</u> por visita; no aplica <u>deducible</u>	\$60 de <u>copago</u> por visita; no aplica <u>deducible</u>	
	Atención médica <u>preventiva/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin costo	Sin costo	Sin costo	
Si le hacen un examen	Examen de diagnóstico - Laboratorio	\$5 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	25% de <u>coseguro</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	25% de <u>coseguro</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	La primera colonoscopia y la primera mamografía de cada año del <u>plan</u> están disponibles sin costo alguno. Los servicios de imagenología pueden estar disponibles sin costo a través de <i>Green Imaging, LLC</i> ; comuníquese con <a href="http://www.greenimaging.net">www.greenimaging.net</a> . Se requiere una certificación previa antes de recibir los servicios de imagenología (no realizados por <i>Green Imaging, LLC</i> ), y antes de la cirugía ambulatoria (colonoscopia diagnóstica), para evitar una sanción.
	Prueba diagnóstica - Radiografía	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
	Imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% 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			Restricciones, excepciones y otra información importante* Los servicios proporcionados por un proveedor de Advent Health no son elegibles para el reembolso (excepto la atención en la sala de emergencias que sea médicamente necesaria)
		Proveedores del Nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores del Nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedores del Nivel 3 (Usted no pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Para obtener más información, comuníquese con <a href="https://www.ventegra.com/">https://www.ventegra.com/</a>	Medicamentos genéricos suministro para 30 días	Farmacia preferida		Farmacia no preferida	El deducible de los medicamentos con receta aplica a los medicamentos de marca de farmacia no preferida*. Aplican los montos de copago por receta. Los medicamentos de venta minorista están disponibles hasta un suministro para 91 días por receta. Los medicamentos especializados 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 también 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> .  Para obtener una lista actualizada de las farmacias preferidas y no preferidas comuníquese con Ventegra en: <a href="https://www.ventegra.com/">https://www.ventegra.com/</a> . Los medicamentos con receta obtenidos a través de una farmacia que no forma parte de la Red Nacional de Ventegra no son elegibles para el reembolso.
	suministro para 31 a 60 días	\$5 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	
	suministro para 61 a 91 días	\$10 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago	
		\$15 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago	
Medicamentos de marcas incluidas en el formulario suministro para 30 días	\$40 de copago	*20% de copago (\$50 máx.)		limitados a un suministro de 30 días por receta. No existe la opción de pedidos por correo a la farmacia. Los medicamentos de marca también 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> .	
suministro para 31 a 60 días	\$80 de copago	*20% de copago (\$100 máx.)			
suministro para 61 a 91 días	\$120 de copago	*20% de copago (\$150 máx.)			
Medicamentos de marca no incluidos en el formulario suministro para 30 días	50% de copago (\$125 máx.)	*50% de copago (\$150 máx.)		Para obtener una lista actualizada de las farmacias preferidas y no preferidas comuníquese con Ventegra en: <a href="https://www.ventegra.com/">https://www.ventegra.com/</a> . Los medicamentos con receta obtenidos a través de una farmacia que no forma parte de la Red Nacional de Ventegra no son elegibles para el reembolso.	
suministro para 31 a 60 días	50% de copago (\$250 máx.)	*50% de copago (\$300 máx.)			
suministro para 61 a 91 días	50% de copago (\$375 máx.)	*50% de copago (\$ 450 máx.)			
Medicamentos especiales	50% de copago (\$200 máx.)	No cubierto			
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	Se requiere una precertificación antes de la cirugía ambulatoria, para evitar una sanción.
	Tarifas del médico/cirujano	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	25% de coseguro (sujeto al deducible del Nivel 1 y al límite de gastos de bolsillo)			Se requiere una certificación previa después de una admisión de la sala de emergencias para evitar una sanción.
	Traslado médico de emergencia	25% de coseguro (sujeto al deducible del Nivel 1 y al límite de gastos de bolsillo)			Ninguno.
	Atención médica urgente	\$45 de copago por visita; el deducible no aplica	\$45 de copago por visita; el deducible no aplica	\$100 de copago por visita; el deducible no aplica	El copago incluye todos los servicios incurridos durante la visita y facturados por el mismo proveedor.
Si hay hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación en el hospital)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	Se requiere una precertificación antes de las admisiones de pacientes hospitalizados para evitar una sanción.
	Tarifas del médico/cirujano	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	

\* 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			Restricciones, excepciones y otra información importante* Los servicios proporcionados por un proveedor de Advent Health no son elegibles para el reembolso (excepto la atención en la sala de emergencias que sea médicamente necesaria)
		Proveedores del Nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores del Nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedores del Nivel 3 (Usted no pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Centro ambulatorio	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% 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 se aplica a los análisis de laboratorio/radiografías y a los <u>equipos médicos duraderos</u> (excepto los CPAP), relacionados con la visita pero facturados por un proveedor diferente y recibidos dentro de los cinco días posteriores a la visita.
	Médico ambulatorio	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
	Visitas al consultorio de atención ambulatoria				
	Visita al consultorio de atención primaria	\$15 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$25 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>	
	Visita al consultorio de un especialista	\$40 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$50 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	\$60 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	
	Visitas al consultorio médico				
	Visita al consultorio de atención primaria	\$15 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$25 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	Visita al consultorio de un especialista	\$40 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$50 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	\$60 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	Se requiere una precertificación antes de las admisiones de pacientes hospitalizados para evitar una sanción.
	Médico de hospitalización	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
Si está embarazada	Visitas al consultorio médico	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	El costo compartido 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). Se requiere una certificación previa para las admisiones a maternidad que superen las 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea para evitar una sanción.
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro para el nacimiento/parto	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% 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			Restricciones, excepciones y otra información importante* Los servicios proporcionados por un proveedor de Advent Health no son elegibles para el reembolso (excepto la atención en la sala de emergencias que sea médicamente necesaria)
		Proveedores del Nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores del Nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedores del Nivel 3 (Usted no pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	La cobertura está limitada a 16 horas por día máximo. Se requiere una <u>certificación previa</u> antes de la <u>atención médica en el hogar</u> para evitar una sanción.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere una <u>precertificación</u> antes de las admisiones de pacientes hospitalizados para evitar una sanción. Los servicios de hospitalización están limitados a 60 días por año del <u>plan</u> (combinado con centros de enfermería especializada). La rehabilitación cardíaca ambulatoria está limitada a 36 visitas por año del <u>plan</u> ; las terapias ambulatorias física, del habla, ocupacional, cognitiva y respiratoria, así como la atención con quiroprácticos están limitadas a 60 visitas (combinadas) por año del <u>plan</u> . Los límites de las visitas no aplican a tratamientos relacionados con los trastornos del espectro autista.
	Servicios de hospitalización				
	Servicios ambulatorios/ de consultorio	\$40 de <u>copago</u> por visita; el <u>deducible</u> no aplica	\$50 de <u>copago</u> por visita; no aplica el <u>deducible</u>	\$60 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>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	La cobertura se limita a 60 días por año del <u>plan</u> (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)	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere una <u>certificación previa</u> antes de DME que exceda los \$2,500 (incluidas todas las máquinas y humidificadores de presión positiva de las vías respiratorias (PAP) 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.
<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere una <u>certificación previa</u> antes de los <u>servicios de cuidados paliativos</u> para evitar una sanción.	
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	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			

\* 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).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (Adulto/Niños)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica no urgente recibida cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería de servicio privado
- Atención oftalmológica de rutina (Adulto/Niños)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

### Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Atención quiropráctica

**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, kwijigo 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 \$600
- Copago del médico de atención primaria \$15
- Coseguro del hospital (centro) 25%
- Otro coseguro 25%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Consultorio de médico de atención primaria (*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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$600
<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>\$3,060</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 \$600
- Copago por consulta con un especialista \$40
- Coseguro del hospital (centro) 25%
- Otro coseguro 25%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$2,700
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,720</b>

**Fractura simple de Mia**

(visita en la sala de emergencias en la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$600
- Copago por consulta con un especialista \$40
- Coseguro del hospital (centro) 25%
- Otro coseguro 25%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$600
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,200</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.

El plan sería responsable por los demás costos de los servicios cubiertos en este EJEMPLO.