



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le 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 prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 866-306-1882 o visite Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llamar al 866-306-1882 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                               | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Por qué esto es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                               | <b>\$2,000</b> Individual / <b>\$4,000</b> Familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?    | Sí. Los copagos de la red, la atención preventiva de la red, la atención dental y de la vista pediátrica de la red hasta los 19 años, los servicios de salud mental/abuso de sustancias/dependencia química de la red, la atención médica domiciliaria de la red, los cuidados paliativos de la red y los medicamentos recetados están cubiertos antes de que cumpla con su deducible. | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero podría aplicarse un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una 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?        | <b>No.</b> No hay otros <u>deducibles</u> específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | No es necesario cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Cuál es el <u>límite de desembolso personal para este plan</u> ?   | <b>\$6,000</b> Individual / <b>\$12,000</b> Familiar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | El límite de <u>desembolso personal</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso personal</u> ?  | <u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldos</u> , sanciones por no obtener la precertificación y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                 | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso personal</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de red</u> ?               | Sí.<br>Llame a PHCS al 1-866-306-1882 para localizar un proveedor dentro de la red.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de proveedores. Los servicios recibidos de un <u>proveedor no participante</u> no están cubiertos a menos que sean emergentes o urgentes. Si recibe servicios de un <u>centro fuera de la red</u> , es posible que reciba una factura del <u>centro</u> por la diferencia entre el cargo del centro y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor participante</u> podría utilizar un <u>proveedor no participante</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ? | <b>No.</b> No necesita una derivación para ver a un especialista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Podrá ver al <u>especialista</u> que elija sin la necesidad de una derivación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |





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

| Evento médico común                                                      | Servicios que puede necesitar                                            | Lo que pagará                                                                                                                                                                            |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                                                          | Proveedor participante<br>(Usted pagará menos)                                                                                                                                           | Proveedor no participante<br>(Usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | <u>Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</u> | Copago de \$30 por proveedor por día                                                                                                                                                     | No cubierto                                     | <b><u>Cirugía en consultorio y servicios relacionados/inyecciones y sueros para alergias/inyecciones terapéuticas/pruebas de alergia/radiografía/laboratorio/pruebas diagnósticas/todos los demás servicios relacionados con el consultorio:</u></b><br><b>Proveedor participante:</b><br>PCP \$30<br>Copago de \$50 por consulta con el especialista. (Los servicios prestados en el consultorio se consideran parte del copago del consultorio. Hay un copago para todos los servicios combinados durante la misma consulta).<br><b>Quiropráctico:</b><br><b>Proveedor participante:</b> Copago de \$30 por proveedor por día (Limitado a 20 consultas por año calendario, a menos que sean para fines de rehabilitación y rehabilitación)<br><b>Acupuntura:</b><br><b>Proveedor participante:</b> 30% de coseguro después del deducible (Limitado a 20 consultas por año calendario, excepto para fines de rehabilitación y rehabilitación) |
|                                                                          | <u>Consulta con especialista</u>                                         | Copago de \$50 por proveedor por día                                                                                                                                                     | No cubierto                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                          | <u>Atención preventiva/detección/vacunación</u>                          | Sin cargo                                                                                                                                                                                | No cubierto                                     | Hay beneficios disponibles para artículos o servicios basados en evidencia que tienen en vigencia una calificación "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).<br><a href="http://www.uspreventiveservicestaskforce.org">http://www.uspreventiveservicestaskforce.org</a> .<br>Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos.<br>Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que cubrirá su plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Si tiene una prueba                                                      | <u>Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)</u>              | <u>Laboratorio/Radiografías ambulatorias:</u> Copago de \$30 por proveedor por día<br><br><u>Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios:</u> 30% de coseguro después del deducible | No cubierto                                     | <b><u>Laboratorio independiente:</u></b><br>Copago de \$30 por proveedor por día (Incluye pruebas de biomarcadores para diagnóstico, tratamiento, manejo y seguimiento).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                          | <u>Imágenes (TC/PET exploraciones, resonancias magnéticas)</u>           | 30% de coseguro después del deducible                                                                                                                                                    | No cubierto                                     | Es necesario obtener autorización. (Excepto para estudios de densidad ósea)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                              | Servicios que puede necesitar                                         | Lo que pagará                                                            |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | Proveedor participante<br>(Usted pagará menos)                           | Proveedor no participante<br>(Usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br><b>Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en <a href="http://www.medimpact.com/">http://www.medimpact.com/</a></b> | <u>Medicamentos genéricos</u>                                         | Venta al por menor: copago de \$10<br>Venta por correo: copago de \$30   |                                                 | Los medicamentos recetados se aplican al límite total de desembolso personal médico. Una vez alcanzado el límite de desembolso médico, los medicamentos recetados están cubiertos sin costo alguno.<br><b><u>Medicamentos de venta minorista y categoría especial recetados para pacientes ambulatorios Farmacias:</u></b> (Hasta un suministro de 34 días o un suministro de 30 días para medicamentos de categoría especial).<br><b><u>Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios Red de farmacias Performance 90 y pedido por correo:</u></b> (Hasta un suministro de 90 días).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Medicamentos de marca preferida</u>                                | Venta al por menor: copago de \$35<br>Venta por correo: copago de \$105  |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Medicamentos de marca no preferida</u>                             | Venta al por menor: copago de \$70<br>Venta por correo: copago de \$210  |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Medicamentos especiales</u>                                        | Venta al por menor: 30% hasta \$400 por receta<br>Pedido por correo: N/A |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                          | <u>Tarifa de centros (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)</u> | 30% de coseguro después del deducible                                    | No cubierto                                     | Se debe obtener autorización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Honorarios de médico/cirujano</u>                                  | 30% de coseguro después del deducible                                    | No cubierto                                     | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                     | <u>Atención en sala de emergencias</u>                                | Copago de \$350                                                          |                                                 | El copago se exime si el paciente permanece en observación o es hospitalizado como paciente internado. Se requiere aprobación previa para estancias de observación superiores a 48 horas.<br>Los honorarios de los centros, los honorarios profesionales y los honorarios auxiliares cobrados por los servicios recibidos en la sala de emergencias durante la consulta de emergencia se consideran parte del copago.<br><b>**Este plan proporciona ciertas protecciones bajo la Ley de Facturación Sorpresa de Nuevo México en caso de que se le facturen servicios de un proveedor fuera de la red en determinadas circunstancias (es decir, atención de emergencia); no se permite la facturación del saldo.</b><br>Consulte el folleto de políticas del NMMIP: Opciones de proveedor, para obtener más información.<br><i>Nota: No hay ningún costo por las pruebas y el tratamiento para la COVID-19</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Transporte para emergencias médicas</u>                            | 30% de coseguro después del deducible                                    | 30% de coseguro después del deducible           | El transporte es limitado al hospital o centro de enfermería especializada más cercano que pueda proporcionar el tratamiento médico necesario. La autorización debe obtenerse para todos los servicios de ambulancia y están sujetos a revisión previa y posterior al servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <u>Atención de urgencias</u>                                          | Copago de \$50 por proveedor por día                                     | Copago de \$50 por proveedor por día            | El copago cubre los servicios realizados en el entorno de atención de urgencia. Todos los servicios combinados prestados durante la consulta de atención de urgencia están cubiertos por un solo copago.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Evento médico común                                                           | Servicios que puede necesitar                              | Lo que pagará                                                                                                                           |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                               |                                                            | Proveedor participante (Usted pagará menos)                                                                                             | Proveedor no participante (Usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si tiene una estadía en el hospital                                           | <u>Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)</u>  | 30% de coseguro después del deducible                                                                                                   | No cubierto                                  | Se debe obtener autorización.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                               | <u>Honorarios del médico/cirujano</u>                      | 30% de coseguro después del deducible                                                                                                   | No cubierto                                  | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias | <u>Servicios ambulatorios</u>                              | <u>Atención ambulatoria no intensiva Visita al consultorio:</u><br>Sin cargo<br><br><u>Programa Ambulatorio Intensivo:</u><br>Sin cargo | No cubierto                                  | Se debe obtener autorización para el tratamiento psiquiátrico o por abuso de sustancias que requiera programas ambulatorios intensivos, residenciales o ambulatorios parciales.                                                                                                                    |
|                                                                               | <u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>             | Sin cargo                                                                                                                               | No cubierto                                  | Se debe obtener autorización.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Si está embarazada                                                            | <u>Visitas al consultorio</u>                              | Sin cargo                                                                                                                               | No cubierto                                  | El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos/prenatales de la red requeridos por PPACA. Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un copago. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). |
|                                                                               | <u>Servicios profesionales para trabajo de parto/parto</u> | 30% de coseguro después del deducible                                                                                                   | No cubierto                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                               | Servicios de centros para el trabajo de parto/parto        | 30% de coseguro después del deducible                                                                                                   | No cubierto                                  | Se debe obtener autorización para estadías hospitalarias de más de 48 horas en caso de parto vaginal o de 96 horas en caso de parto por cesárea.                                                                                                                                                   |

| Evento médico común                                                                     | Servicios que puede necesitar               | Lo que pagará                               |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                             | Proveedor participante (Usted pagará menos) | Proveedor no participante (Usted pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <u>Atención médica domiciliaria</u>         | Sin cargo                                   | No cubierto                                  | Se debe obtener autorización. Limitado a 100 consultas por año calendario. (Se podrán aprobar consultas adicionales según necesidad médica).                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                         | <u>Servicios de rehabilitación</u>          | Copago de \$30 por proveedor por día        | No cubierto                                  | <b>PT/OT/ST:</b> Copago de \$30 por proveedor por día<br><br><b>La terapia de masaje</b> estará permitida por un fisioterapeuta/terapeuta ocupacional o un médico cubierto con el diagnóstico apropiado. La autorización deberá obtenerse después de 13 consultas.<br><br><b>Terapia ABA y rehabilitación cognitiva:</b> Sin cargo |
|                                                                                         | <u>Servicios de habilitación</u>            | Copago de \$30 por proveedor por día        | No cubierto                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% de coseguro después del deducible       | No cubierto                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | <u>Equipo médico duradero</u>               | 30% de coseguro después del deducible       | No cubierto                                  | Se debe obtener autorización. Las baterías están limitadas únicamente a sillas de ruedas y audífonos.                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                         | <u>Servicios de cuidados paliativos</u>     | Sin cargo                                   | No cubierto                                  | Se debe obtener autorización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                                | <u>Examen de la vista para niños</u>        | Sin cargo                                   | No cubierto                                  | Desde el nacimiento hasta los 19 años. Limitado a un examen de la vista cada 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                         | <u>Anteojos para niños</u>                  | Sin cargo                                   | No cubierto                                  | Limitado a un par de anteojos cada 12 meses. Reemplazo de lentes y reparaciones menores de anteojos.                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                         | <u>Control odontológico pediátrico</u>      | Sin cargo                                   | No cubierto                                  | Desde el nacimiento hasta los 19 años. Limitado a un examen, limpieza y pulido cada año calendario.                                                                                                                                                                                                                                |

### 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 otros <u>servicios excluidos</u> ).                                            |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía estética</li><li>• Cuidado dental (adultos)</li></ul>                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados a largo plazo</li><li>• Enfermería privada</li></ul>                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado ocular de rutina (adultos)</li><li>• Cuidado rutinario de los pies (a menos que sea diabético)</li></ul>                                                |
| Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. (Consulte el documento de su plan).                                                                       |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (limitada a 20 consultas por año calendario)</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Atención quiropráctica (limitada a 20 consultas por año calendario)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos</li><li>• Tratamiento de la infertilidad (tratamiento de afecciones médicas que causan infertilidad)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li><li>• Programas de pérdida de peso (Educación y asesoramiento en salud)</li></ul> |

### Sus derechos para continuar con la cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias está disponible llamando a la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-3272 o visitando [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565, o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de 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 quejas y apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: 866-306-1882. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-3272 o visitando [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Por lo general, la cobertura mínima esencial incluye planes de seguro médico disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para el pago de la prima.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

### Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 866-306-1882.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 866-306-1882.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 866-306-1882.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 866-306-1882.

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



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos de conformidad con el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

|                                          |                |
|------------------------------------------|----------------|
| ■ El deducible general del plan          | <b>\$2,000</b> |
| ■ <u>Copago del especialista</u>         | <b>\$50</b>    |
| ■ Coseguro de hospital ( <u>centro</u> ) | <b>40%</b>     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                   | <b>30%</b>     |

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de trabajo de parto/parto  
 Servicios de centros para el trabajo de parto/parto  
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita con especialista (*anestesia*)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Ejemplo de costo total</b> | <b>\$12,840</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$2,000        |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$3,240        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$40           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$5,280</b> |

### Cómo controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red)

|                                          |                |
|------------------------------------------|----------------|
| ■ El deducible general del plan          | <b>\$2,000</b> |
| ■ <u>Copago del especialista</u>         | <b>\$50</b>    |
| ■ Coseguro de hospital ( <u>centro</u> ) | <b>40%</b>     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                   | <b>30%</b>     |

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de costo total</b> | <b>\$7,460</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$2,000        |
| Copagos                            | \$1,500        |
| Coseguro                           | \$1,620        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que pagaría Joe es</b> | <b>\$5,180</b> |

### La fractura simple de Mia

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

|                                          |                |
|------------------------------------------|----------------|
| ■ El deducible general del plan          | <b>\$2,000</b> |
| ■ <u>Copago del especialista</u>         | <b>\$50</b>    |
| ■ Coseguro de hospital ( <u>centro</u> ) | <b>40%</b>     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                   | <b>30%</b>     |

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografías*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de costo total</b> | <b>\$2,000</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$2,000        |
| Copagos                            | \$150          |
| Coseguro                           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que pagaría Mia es</b> | <b>\$2,150</b> |

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.