El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) 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 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 www.nmmip.org. 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 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/; llame al 866-306-1882 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	**$500** Individual / **$1,000** Familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	**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 plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero podría aplicarse un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	**No.** No hay otros deducibles específicos.	No es necesario cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso personal para este plan?	**$5,000** Individual / **$10,000** Familiar	El límite de desembolso personal es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso personal?	Primas, cargos de facturación de saldos, sanciones por no obtener la precertificación y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso personal.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de red?	**Sí.** Llame a PHCS al 1-866-306-1882 para localizar un proveedor dentro de la red.	Este plan es una EPO y utiliza una red de proveedores. Los servicios recibidos de un proveedor no participante no están cubiertos a menos que sean emergentes o urgentes. Si recibe servicios de un centro fuera de la red, es posible que reciba una factura del centro por la diferencia entre el cargo del centro y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor participanteproveedor no participante podría utilizar un para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista?	**No.** No necesita una derivación para ver a un especialista.	Podrá ver al especialista que elija sin la necesidad de una derivación.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla 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 (Pagará menos)	Proveedor no participante (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de $20 por proveedor por día	No cubierto	**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.** **Proveedor participante:** Médico de atención primaria: copago de $20 por proveedor por día. Especialista: copago de $40 por proveedor por día. *(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).* **Atención quiropráctica: Proveedor participante: Copago de $20 por proveedor por día (Limitado a 20 consultas por año calendario**, excepto para fines de habilitación y rehabilitación) **Acupuntura: Proveedor participante**: Coseguro del 20% después del deducible **(Limitado a 20 consultas por año calendario**, excepto para fines de habilitación y rehabilitación)
	Consulta con especialista	Copago de $40 por proveedor por día	No cubierto	
	Atención preventiva/examen/ vacunación	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). http://www.uspreventiveservicestaskforce.org. Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que cubrirá su plan.
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorio/Radiografías ambulatorias: Copago de $20 por proveedor por día Pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro después del deducible	No cubierto	**Laboratorio independiente:** Copago de $20 por proveedor por día **(Incluye pruebas de biomarcadores para diagnóstico, tratamiento, manejo y monitoreo).**
	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	Es necesario obtener autorización. (Excepto para estudios de densidad ósea) No se requiere autorización previa para ecografías ginecológicas u obstétricas.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagará menos)	Proveedor no participante (Pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección, puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://www.medimpact.com/	Medicamentos genéricos	Venta al por menor: copago de $10 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. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un reembolso, lo que podría reducir sus gastos de bolsillo. Por favor, consulte con su farmacia. **Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Farmacias minoristas y especializadas:** (Hasta un suministro de 34 días o un suministro de 30 días para medicamentos especializados). **Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios Red de farmacias Performance 90 y pedido por correo:** (Hasta un suministro de 90 días). **Insulina (tope) $25** Determinados anticonceptivos, incluidos los métodos anticonceptivos recetados para la prevención de infecciones de transmisión sexual, y los medicamentos preventivos están cubiertos sin costos compartidos.
	Medicamentos de marca preferida	Venta al por menor: copago de $35 Pedido por correo: copago de $105		
	Medicamentos de marca no preferida	Venta al por menor: copago de $70 Pedido por correo: copago de $210		
	Medicamentos especiales	Venta al por menor: 30% hasta $400 por receta Pedido por correo: N/A		Los medicamentos recetados para la salud conductual están cubiertos sin costos compartidos.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se debe obtener autorización.
	Honorarios de médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	Ninguno
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se debe obtener autorización.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	Ninguno

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Pagará menos)	Proveedor no participante (Pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	Transporte para emergencias médicas	20% de coseguro después del deducible	20% 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. Se debe obtener autorización para todos los servicios de ambulancia y están sujetos a revisión previa y posterior al servicio.
	Atención de urgencias	Copago de $40 por proveedor por día	Copago de $40 por proveedor por día	El copago cubre los servicios realizados en el entorno de atención de urgencia. Todos los servicios combinados prestados durante las consultas de atención de urgencia están cubiertos por un solo copago.
	Atención en salas de emergencia	Copago de $250		El copago y la autorización previa quedan exentos si el paciente permanece en observación o si es ingresado para estancias inferiores a 48 horas. Los cargos por instalaciones, honorarios profesionales y cargos adicionales por los servicios recibidos en la sala de emergencias durante la visita de emergencia se consideran dentro del copago. **Este plan brinda ciertas protecciones bajo la Ley de Facturación Sorpresa de Nuevo México en caso de que se le facture por servicios de un proveedor fuera de la red en ciertas circunstancias (es decir, atención de emergencia), no se permite la facturación del saldo restante. Consulte el folleto de políticas del NMMIP: Opciones de proveedor, para obtener más información. *Nota: No hay ningún costo por las pruebas y el tratamiento para la COVID-19*
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consulta ambulatoria no intensiva en el consultorio: Sin cargo Programa Ambulatorio Intensivo: 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.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	No cubierto	Se debe obtener autorización.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	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).
	Servicios profesionales de trabajo de parto/parto	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	
	Servicios de instalaciones de trabajo de parto/parto	20% 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 (Pagará menos)	Proveedor no participante (Pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica domiciliaria	Sin cargo	No cubierto	Se debe obtener autorización. Limitado a 100 consultas por año calendario. (Se podrán aprobar consultas adicionales según necesidad médica).
	Servicios de rehabilitación	Copago de $20 por proveedor por día	No cubierto	**Fisioterapia/Terapia ocupacional/Terapia del habla:** Copago de $20 por proveedor por día **La terapia de masaje estará permitida por un fisioterapeuta/terapeuta ocupacional o un médico cubierto con el diagnóstico apropiado.** La autorización deberá obtenerse después de 13 consultas. **Terapia ABA y rehabilitación cognitiva: Sin cargo.**
	Servicios de habilitación	Copago de $20 por proveedor por día	No cubierto	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se debe obtener autorización. Limitado a 100 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deducible	No cubierto	Se debe obtener autorización. Las baterías están limitadas únicamente a sillas de ruedas y audífonos.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	No cubierto	Se debe obtener autorización.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	Desde el nacimiento hasta los 19 años. Limitado a un examen de la vista cada 12 meses.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	Limitado a un par de anteojos cada 12 meses. Reemplazo de lentes y reparaciones menores de anteojos.
	Control odontológico pediátrico	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 servicios excluidos).		
• Cirugía estética • Cuidado dental (adultos)	• Cuidados a largo plazo • Enfermería privada	• Cuidado ocular de rutina (adultos) • Cuidado rutinario de los pies (a menos que sea diabético)
Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. (Consulte el documento de su plan).		
• Acupuntura (limitada a 20 consultas por año calendario) • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica (limitada a 20 consultas por año calendario)	• Audífonos • Tratamiento de la infertilidad (tratamiento de afecciones médicas que causan infertilidad)	• Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Programas de pérdida de peso (Educación y asesoramiento en salud)

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 al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o https://www.hhs.gov/. También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, incluyendo la compra de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite Bienvenido al Mercado de Seguros Médicos® | 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 brindan 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 para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272.
o https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act.

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

Por lo general, la cobertura esencial mínima 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 esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para 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 que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

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

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 866-306-1882. Chinese (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, kwiijigo 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	**$500**
Copago del especialista	**$40**
Coseguro de hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este evento 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)*
Consulta con especialista *(anestesia)*

Ejemplo de costo total	**$12,840**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$500
Copagos	$0
Coseguro	$2,460
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$3,000**

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

El deducible general del plan	**$500**
Copago del especialista	**$40**
Coseguro de hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este evento 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)*

Ejemplo de costo total	**$7,460**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$500
Copagos	$1,200
Coseguro	$1,380
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Joe es	**$3,140**

La fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	**$500**
Copago del especialista	**$40**
Coseguro de hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20 %**

Este evento 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)*

Ejemplo de costo total	**$2,000**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$500
Copagos	$120
Coseguro	$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que pagaría Mia es	**$920**

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