



Este documento de Resumen de Beneficios y de la Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan. 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 o “cuotas” en este plan) 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, visite www.pensions.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711). Para definiciones generales de términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.pensions.org o llamar al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<p>Para cada miembro/familia: Dentro de la red: 1.5 % de la franja de compensación del miembro¹</p> <p>Fuera de la red: 2,5 % de la franja de compensación de los miembros; con un tope de 2.5 % combinado. No se aplica a: <u>cuidado preventivo</u>, visitas al consultorio o <u>medicamentos recetados</u>.</p> <p>Los montos de <u>copagos</u> y <u>coseguros</u> no cuentan para el <u>deducible</u> dentro de la <u>red</u>.</p>	<p>Deberá pagar todos los gastos hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Revise el documento de su <u>plan</u> para ver cuándo el <u>deducible</u> comienza de nuevo (generalmente el 1 de enero, pero no en todos los casos). Consulte la tabla a partir de la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de cumplir con el <u>deducible</u>.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> ?	Sí.	<u>Copagos</u> por <u>servicios preventivos</u> , <u>recetas</u> y visitas al consultorio.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Qué es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	5 % de la franja de compensación del miembro para todos los costos de atención médica, salud conductual y <u>medicamentos recetados</u> dentro de la <u>red</u> (con un límite de \$5,000 para individuos y \$10,000 para familias)	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica.

¹ Los montos de los deducibles y coseguros se basan en el rango salarial, sujeto a un salario mínimo y máximo.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
	combinadas), 15 % de la franja de compensación del miembro fuera de la red, para familias combinadas. Los costos de medicamentos recetados , excepto los medicamentos de marca no preferidos y ciertos medicamentos de farmacias especializadas no esenciales, están limitados a un máximo de coseguro familiar de \$3,000.	
Lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo	Las primas (cuotas), los cargos facturados por saldo , los medicamentos de marca no preferidos, ciertos medicamentos especializados no esenciales y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de desembolso personal .	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Consulte www.myghealthpcusa.org o llame al 1-855-497-1237 para obtener una lista de proveedores de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red o el hospital puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red , preferido o participante para los proveedores de su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan paga diferentes tipos de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (una factura de saldo).
¿Necesita una derivación para ver un especialista?	No. No necesita una derivación para ver a un especialista .	Puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de haber alcanzado su [deducible](#), si corresponde.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$25/visita	<u>Coseguro</u> del 50 %	No cuenta para <u>deducible</u> o <u>límite de gastos de bolsillo</u>
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$45/visita	<u>Coseguro</u> del 50 %	No cuenta para <u>deducible</u> o <u>límite de gastos de bolsillo</u>
	<u>Atención preventiva/prueba de detección/</u> Vacuna	Sin cargo	<u>Coseguro</u> del 50 % para visita al consultorio; sin cargo para las pruebas de detección y las vacunas	Para visitar a un médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo (consulte el horario preventivo en www.pensions.org para conocer la frecuencia).
Si tiene una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20 %	<u>Coseguro</u> del 40 %	————ninguno————
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	<u>Coseguro</u> del 20 %	<u>Coseguro</u> del 40 %	Se requiere <u>certificación previa</u>
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información disponible sobre <u>Cobertura de medicamentos recetados</u> en www.express-scripts.com . También puede llamar al 1-855-497-1237 para obtener asistencia personalizada.	Medicamentos genéricos preventivos	<u>Copago</u> de \$5/ <u>receta</u> (venta minorista, surtido de 30 días); <u>copago</u> de \$15/ <u>receta</u> (venta minorista, surtido de 90 días); <u>copago</u> de \$12.50/ <u>receta</u> (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se podría aplicar una <u>autorización previa</u> o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos preventivos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$20/ <u>receta</u> (venta minorista, surtido de 30 días); <u>copago</u> de \$60/ <u>receta</u> (venta minorista, surtido de 90 días); <u>copago</u> de \$50/ <u>receta</u> (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	
	Medicamentos preventivos de marcas no preferidos	No aplica		

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Medicamentos genéricos	Copago de \$10/ receta (venta minorista, surtido de 30 días); copago de \$30/ receta (venta minorista, surtido de 90 días); copago de \$25/ receta (venta por correo, surtido de 90 días)	Copago específico/ receta (venta minorista, surtido de 30 a 90 días)	Se podría aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 30% desde un mínimo de \$20 hasta un máximo de \$100 (venta minorista, surtido de 30 días); coseguro del 30 % desde un mínimo de \$60 hasta un máximo de \$300 (venta minorista, surtido de 90 días); coseguro del 30 %, mínimo \$50 a máximo \$250 (venta por correo, surtido de 90 días)	30 % de la tarifa contratada	
	Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 50 %, \$50 mín. a \$150 máx. (venta minorista, surtido de 30 días); coseguro del 50 %, \$150 mín. a \$450 máx. (venta minorista, surtido de 90 días); coseguro del 50 %, \$125 mín. a \$375 máx. (venta por correo, surtido de 90 días)	50 % de la tarifa contratada	Se podría aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes, mínimos y máximos que los anteriores para los medicamentos preferidos y no preferidos que no sean medicamentos de farmacia especializada no esenciales, que no tendrán coseguro máximo	Mismos porcentajes de tarifa contratada que los anteriores para marcas preferidas y no preferidas	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	————ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	————ninguno————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Se requiere certificación previa dentro de las 48 horas si es admitido
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Al centro apropiado más cercano
	Atención de urgencia	Copago de \$45/visita	Coseguro del 40 %	————ninguno————
Si lo hospitalizan	Cuota del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Se requiere certificación previa
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$25/visita al consultorio y coseguro del 20 % para otros servicios ambulatorios	Coseguro del 40 %	Se requiere certificación previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Se requiere certificación previa (dentro de las 48 horas posteriores a la admisión para servicios de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	————ninguno————
	Servicios profesionales de parto	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Incluye hospitalización de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
	Servicios de centros de parto	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Incluye hospitalización de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	100 visitas anuales de hasta 8 horas cada una; se requiere certificación previa
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	————ninguno————
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Consulte la Guía de sus beneficios de atención médica.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Límite máximo anual de 180 días para los centros de atención prolongada; se requiere certificación previa
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Se requiere certificación previa (todos los alquileres y compras superiores a \$1,500)
	Servicios de hospicio	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 %	Se requiere certificación previa
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$25 (con proveedor de VSP)	Reembolsado hasta \$45 después de copago de \$25	Limitado a un examen por año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Atención dental• Tratamiento médico experimental o en investigación | <ul style="list-style-type: none">• Atención a largo plazo• Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de los pies• 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](#)).

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura si la proporciona un médico o un acupunturista con licencia estatal• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica• Tratamiento para la fertilidad• Audífonos (y accesorios) | <ul style="list-style-type: none">• La mayor parte de la cobertura se proporciona fuera de Estados Unidos• Examen ocular de rutina a través de VSP |
|---|--|---|

Sus derechos a continuar con la cobertura: hay una agencia que puede ser de ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. Puede encontrar la información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en 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 médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#) visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711).

Sus derechos de queja formal y apelaciones: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#). Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [una apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Quantum Health al 1-855-497-1237 (TTY: 711). También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov.

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Este plan proporciona cobertura esencial mínima.

¿Este [plan](#) cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

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:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se mostraron son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función 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](#) del [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 la 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](#) es de \$875
- [Copago](#) de [especialista](#) \$45
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visita al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de centros de parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total de ejemplo	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$875
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,365
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$3,240

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$875
- [Copago](#) de [especialista](#) \$45
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre enfermedades)
[Prueba diagnóstica](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total de ejemplo	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$875
Copagos	\$405
Coseguro	\$945
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$2,225

La fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$875
- [Copago](#) de [especialista](#) \$45
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

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)

Costo total de ejemplo	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$875
Copagos	\$0
Coseguro	\$385
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,260

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.



Este documento de Resumen de Beneficios y de la Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#). 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](#) o “cuotas” en este plan) 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, visite www.pensions.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711). Para definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.pensions.org o llamar al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	<p>\$2,000 individual/\$2,000 familia</p> <p>El deducible dentro de la red no se aplica a las visitas al consultorio, a los servicios de cuidado preventivo, a las pruebas diagnósticas, a las pruebas de diagnóstico por imágenes, a la atención de urgencia y a los gastos de medicamentos recetados.</p> <p>Los montos de copagos y coseguros no cuentan para el deducible dentro de la red.</p>	<p>Deberá pagar todos los gastos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Revise el documento de su plan para ver cuándo comienza de nuevo el deducible (generalmente el 1 de enero, pero no en todos los casos). Consulte la tabla a partir de la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su deducible ?	Sí.	Copagos por servicios preventivos , recetas , visitas al consultorio, pruebas diagnósticas y de diagnóstico por imágenes.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan .
¿Qué es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Desembolso máximo total de \$5,000 individual/\$10,000 familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
Lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo	Las primas (cuotas), los cargos facturados por saldo , ciertos medicamentos especializados no esenciales y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de desembolso personal .	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.myghealthpcusa.org o llame al 1-855-497-1237 para obtener una lista de proveedores de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red o el hospital puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red , preferido o participante para los proveedores de su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan paga diferentes tipos de proveedores . Como el plan no paga servicios fuera de la red, es menos costoso usar un proveedor de la red .
¿Necesita una derivación para ver un especialista ?	No. No necesita una derivación para ver a un especialista .	Puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de haber alcanzado su [deducible](#), si corresponde.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$40/visita	No cubierto	————ninguno————
	Visita al especialista	Copago de \$60/visita	No cubierto	————ninguno————
	Atención preventiva/prueba de detección / Vacuna	Sin cargo	No cubierto	Para visitar a un médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo. (Consulte el horario preventivo en www.pensions.org para conocer la frecuencia).
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	Copago de \$65/visita	No cubierto	————ninguno————
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/ por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	Copago de \$200/visita	No cubierto	Se requiere certificación previa

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información disponible sobre Cobertura de medicamentos recetados en www.express-scripts.com. También puede llamar al 1-855-497-1237 para obtener asistencia personalizada.</p>	Medicamentos genéricos preventivos	Copago de \$6/ receta (venta minorista, surtido de 30 días); copago de \$18/ receta (venta minorista, surtido de 90 días); copago de \$15/ receta (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se podría aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos preventivos de marca preferidos	Copago de \$30/ receta (venta minorista, surtido de 30 días); copago de \$90/ receta (venta minorista, surtido de 90 días); copago de \$75/ receta (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	
	Medicamentos preventivos de marcas no preferidos	No aplica		
	Medicamentos genéricos	Copago de \$12/ receta (venta minorista, surtido de 30 días); copago de \$36/ receta (venta minorista, surtido de 90 días); copago de \$30/ receta (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se podría aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 35 %, \$35 mín. a \$150 máx. (venta minorista, surtido de 30 días); coseguro del 35 %, \$105 mín. a \$450 máx. (venta minorista, surtido de 90 días); coseguro del 35 %, \$85 mín. a \$375 máx. (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes, mínimos y máximos que los anteriores para los	No cubierto	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
		medicamentos de marca preferidos que no sean medicamentos especializados no esenciales, que no tendrán coseguro máximo		
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Se requiere certificación previa dentro de las 48 horas si es admitido
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Al centro apropiado más cercano
	Atención de urgencia	Copago de \$60/visita	No cubierto	————ninguno————
Si lo hospitalizan	Cuota del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa (dentro de las 48 horas posteriores a la admisión para servicios de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
	Servicios profesionales de parto	Coseguro del 20 %	No cubierto	Incluye hospitalización de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
	Servicios de centros de parto	Coseguro del 20 %	No cubierto	Incluye hospitalización de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 20 %	No cubierto	100 visitas anuales de hasta 8 horas cada una; se requiere certificación previa
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$40/visita	Coseguro del 40 %	————ninguno————

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de habilitación	Coseguro del 20 %	No cubierto	Consulte la Guía de sus beneficios de atención médica.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %	No cubierto	Límite máximo anual de 180 días para los centros de atención prolongada; se requiere certificación previa
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa (todos los alquileres y compras superiores a \$1,500)
	Servicios de hospicio	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$25 (con proveedor de VSP)	No cubierto	Limitado a un examen por año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía estética
- Atención dental
- Tratamiento médico experimental o en investigación
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de los pies
- 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](#)).

- Acupuntura si la proporciona un médico o un acupunturista con licencia estatal
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la fertilidad
- Audífonos (y accesorios)
- La mayor parte de la cobertura se proporciona fuera de Estados Unidos
- Examen ocular de rutina a través de VSP

Sus derechos a continuar con la cobertura: hay una agencia que puede ser de ayuda si desea continuar con su cobertura después de que termine. Puede encontrar la información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en 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 médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#) visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711).

Sus derechos de queja formal y apelaciones: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#). Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [una apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Quantum Health al 1-855-497-1237 (TTY: 711). También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov.

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Este plan proporciona cobertura esencial mínima.

¿Este [plan](#) cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

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:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se mostraron son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función 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](#) del [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 la 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](#) es de \$2,000
- [Copago](#) de [especialista](#) \$60
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visita al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de centros de parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total de ejemplo	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,140
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$4,140

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$2,000
- [Copago](#) de [especialista](#) \$60
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre enfermedades)
[Prueba diagnóstica](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total de ejemplo	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$420
Coseguro	\$720
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$3,140

La fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$2,000
- [Copago](#) de [especialista](#) \$60
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

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)

Costo total de ejemplo	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$320
Coseguro	\$160
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,480

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.



Este documento de Resumen de Beneficios y de la Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartiría el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#) o “cuotas” en este plan) 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, visite www.pensions.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711). Para definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.pensions.org o llamar al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$3,000 individual/\$6,000 familia Los montos de copagos y coseguros no cuentan para el deducible dentro de la red .	Deberá pagar todos los gastos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Si inscribe a algún miembro de la familia, el deducible familiar debe cumplirse antes de que el plan pague cualquier servicio cubierto. Consulte el documento de su plan para ver cuándo comienza de nuevo el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla a partir de la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su deducible ?	Sí.	Servicios preventivos .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan .
¿Qué es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Desembolso máximo total de \$5,000 individual/\$10,000 familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica.
Lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo	Las primas (cuotas), los cargos facturados por saldo y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de desembolso personal .	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.myqhealthpcusa.org o llame al 1-855-497-1237 para obtener una lista de proveedores de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red o el hospital puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red , preferido o participante para los proveedores de su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan paga diferentes tipos de proveedores . Como el plan no paga servicios fuera de la red, es menos costoso usar un proveedor de la red .
¿Necesita una derivación para ver un especialista ?	No. No necesita una derivación para ver a un especialista .	Puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de haber alcanzado su [deducible](#), si corresponde.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
	Visita al especialista	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
	Atención preventiva/prueba de detección/ Vacuna	Sin cargo	No cubierto	Para visitar a un médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo. (Consulte el horario preventivo en www.pensions.org para conocer la frecuencia).
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/ por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información disponible sobre Cobertura de medicamentos recetados en www.express-scripts.com . También puede llamar al 1-855-497-1237 para obtener asistencia personalizada.	Medicamentos genéricos preventivos	Copago de \$6/ receta (venta minorista, surtido de 30 días); copago de \$18/ receta (venta minorista, surtido de 90 días); copago de \$15/ receta (venta por correo, surtido de 90 días) No sujeto al deducible	No cubierto	Se podría aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos preventivos de marca preferidos	Copago de \$40/ receta (venta minorista, surtido de 30 días); copago de \$90/ receta (venta minorista, surtido de 90 días); copago de \$75/ receta (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o póliza en www.pensions.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
		No sujeto al deducible		
	Medicamentos preventivos de marcas no preferidos	No aplica		
	Medicamentos genéricos	Coseguro del 30 % Sujeto a un copago máximo de \$150/ receta (venta minorista, surtido de 30 días); copago máx. de \$450/ receta (venta minorista, surtido de 90 días); copago máx. de \$375/ receta (venta por correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se podría aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos			
	Medicamentos de marca no preferidos	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes, mínimos y máximos que los anteriores para los medicamentos de marca preferidos	No cubierto	
	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Se requiere certificación previa dentro de las 48 horas si es admitido
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Al centro apropiado más cercano
	Atención de urgencia	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
Si lo hospitalizan	Cuota del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o póliza en www.pensions.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa (dentro de las 48 horas posteriores a la admisión para servicios de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
	Servicios profesionales de parto	Coseguro del 20 %	No cubierto	Incluye hospitalización de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
	Servicios de centros de parto	Coseguro del 20 %	No cubierto	Incluye hospitalización de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 20 %	No cubierto	100 visitas anuales de hasta 8 horas cada una; se requiere certificación previa
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20 %	No cubierto	————ninguno————
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20 %	No cubierto	Consulte la Guía de sus beneficios de atención médica.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %	No cubierto	Límite máximo anual de 180 días para los centros de atención prolongada; se requiere certificación previa
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa (todos los alquileres y compras superiores a \$1,500)
	Servicios de hospicio	Coseguro del 20 %	No cubierto	Se requiere certificación previa
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$25 (con proveedor de VSP)	No cubierto	Limitado a un examen por año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red. Las personas inscritas en el plan HDHP estarán inscritas automáticamente en el beneficio del examen de la vista VSP. El beneficio del examen de la vista no se considera parte del plan HDHP.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o póliza en www.pensions.org.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía estética
- Atención dental
- Tratamiento médico experimental o en investigación
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de los pies
- 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](#)).

- Acupuntura si la proporciona un médico o un acupunturista con licencia estatal
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la fertilidad
- Audífonos (y accesorios)
- La mayor parte de la cobertura se proporciona fuera de Estados Unidos
- Examen ocular de rutina a través de VSP

Sus derechos a continuar con la cobertura: hay una agencia que puede ser de ayuda si desea continuar con su cobertura después de que termine. Puede encontrar la información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en 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 médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#) visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711).

Sus derechos de queja formal y apelaciones: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#). Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [una apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Quantum Health al 1-855-497-1237 (TTY: 711). También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov.

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Este plan proporciona cobertura esencial mínima.

¿Este [plan](#) cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

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:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se mostraron son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función 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](#) del [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 la 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](#) es de \$6,000
- [Copago](#) de [especialista](#)
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visita al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de centros de parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total de ejemplo	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$6,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,340
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$7,340

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$3,000
- [Copago](#) de [especialista](#)
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre enfermedades)
[Prueba diagnóstica](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total de ejemplo	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$520
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$3,520

La fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$6,000
- [Copago](#) de [especialista](#)
- [Coseguro](#) de hospital (centro) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

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)

Costo total de ejemplo	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,800

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.