

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que pagas por los servicios cubiertos

Este plan de salud es de Quartz Health Benefit Plans Corporation



GORMAN & COMPANY LLC
9077416 - POS

Período de cobertura: 1/Enero/2022 - 31/Diciembre/2023

Tipo de cobertura: Individual/Familiar | **Tipo de plan:** POS



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC 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](#) (denominado [prima](#)) se dará por separado. Este es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite www.QuartzBenefits.com/certlookup. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-362-3310 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿De cuánto es el deducible total? | Dentro de la red : Individual: \$1,000 por año de beneficios. Familiar: \$1,000 /individual o \$2,000 /familia, por año de beneficios Fuera de la red : Individual: \$2,000 /Familiar: \$4,000 , por año de beneficios | En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que paguen todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva y los medicamentos bajo prescripción están cubiertos antes de que alcance su deducible . | Este plan cubre algunos productos y servicios, incluso si usted aún no alcanzó la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que deba pagar un copago o coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | No debe alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿De cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Dentro de la red : Individual: \$2,000 por año de beneficios. Familiar: \$2,000 /individual o \$4,000 /familia, por año de beneficios Fuera de la red : Individual: \$4,000 /Familiar: \$8,000 , por año de beneficios | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas , cargos de facturación de saldos , asistencia con los costos compartidos para prescripciones y atención médica que este plan no cubre | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.QuartzBenefits.com/FindADoctor o llame al 1-800-362-3310 para obtener una lista de los proveedores de la red . | Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Pagará el máximo si usa 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 su plan pague (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una remisión para visitar a un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión . |



Todos los costos de [copagos](#) y [coaseguros](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que haya alcanzado su [deducible](#), si corresponde.

| Evento médico frecuente | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad | \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40% de coaseguro | Las consultas virtuales dentro de la red están cubiertas con \$20 de copago ; no se aplica el deducible . Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita. |
| | Visita con un especialista | \$60 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40% de coaseguro | Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita. |
| | Visita en el consultorio de otro proveedor de asistencia médica | Servicios quiroprácticos/ de la visión para adultos: \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | Servicios quiroprácticos/ de la visión para adultos: 40% de coaseguro | Se cubre un examen de la vista de rutina para adultos sin cargo dentro de la red . Se aplicará el costo compartido a los exámenes siguientes. Los exámenes de audición fuera de la red no están cubiertos. No hay beneficios disponibles para la atención de mantenimiento ni de apoyo. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita. |

| Evento médico frecuente | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica (continuación) | Atención preventiva/ exámenes médicos/ vacunas | Sin cargo; no se aplica el deducible | 40% de coaseguro | La cobertura se limita a servicios preventivos, como se definen en la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Es posible que usted deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Después verifique lo que su plan pagaría. |
| Si le hacen una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | -----Ninguna----- |
| | Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI) | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | -----Ninguna----- |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición | Medicamentos genéricos preferidos Nivel 1 | Nivel de valor: \$5 de copago /prescripción médica Todos los demás: \$10 de copago /prescripción médica | No está cubierto | Se aplicarán múltiples copagos por reclamos de suministros para más de 30 días cuando estén cubiertos; por reclamos de suministros para 31 a 60 días, se aplicarán dos copagos y por reclamos de suministros para 61 a 90 días, se aplicarán tres copagos . Se pueden aplicar restricciones de cobertura para algunos medicamentos. Consulte el Formulario de Quartz para obtener más información. La ayuda con los costos compartidos, financiada por el fabricante para sus prescripciones médicas no se acreditará a su límite máximo anual de gastos de bolsillo. |
| Hay más información sobre la cobertura de medicamentos bajo prescripción en www.QuartzBenefits.com/formulary | Medicamentos de marca preferidos Nivel 2 | Nivel de valor: \$5 de copago /prescripción médica Todos los demás: \$35 de copago /prescripción médica | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca y genéricos no preferidos Nivel 3 | \$60 de copago /prescripción médica | No está cubierto | |
| | Nivel 4 | \$200 de copago /prescripción médica | No está cubierto | |

| Evento médico frecuente | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | Es posible que se necesite autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. Cirugía bucal: Dentro de la red : 20% de coaseguro . Fuera de la red : 40% de coaseguro . La cobertura se limita a los procedimientos que se indican en su Certificado de cobertura. |
| | Tarifas del médico/ cirujano | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en sala de emergencias | \$100 de copago /visita; no se aplica el deducible | \$100 de copago /visita; no se aplica el deducible | El copago de la sala de emergencias no se cobra si lo ingresan. No se aplican deducibles/coaseguros por servicios adicionales prestados durante su visita. |
| | Transporte médico de emergencia | 20% de coaseguro | 20% de coaseguro | -----Ninguna----- |
| | Cuidados de urgencia | \$60 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40% de coaseguro | Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita. |
| Si lo hospitalizan | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. |
| | Tarifas del médico/ cirujano | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$30 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40% de coaseguro | No hay beneficios disponibles para la atención de mantenimiento ni de apoyo. Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. |

| Evento médico frecuente | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si está embarazada | Visitas en el consultorio | PCP: \$30 de copago /visita Especialista : \$60 de copago /visita; no se aplica el deducible | 40% de coaseguro | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos). Se necesita autorización previa para los servicios para pacientes hospitalizados. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. Se podrían aplicar deducibles o coaseguros por otros servicios prestados en su visita. |
| | Servicios profesionales para partos/nacimientos | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | |
| | Servicios del centro para partos/nacimientos | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención médica a domicilio | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | La cobertura se limita a 60 visitas por año de beneficios. Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. |
| | Servicios de rehabilitación | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla se limita a un total combinado de 40 visitas por año de beneficios. Este límite se comparte entre los servicios de habilitación y de rehabilitación. La rehabilitación cardíaca se limita a 36 visitas por evento. Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. |
| | Servicios de habilitación | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla se limita a un total combinado de 40 visitas por año de beneficios. Este límite se comparte entre los servicios de habilitación y de rehabilitación. Es posible que se necesite autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. Una consulta de telesalud cubierta tiene el mismo costo compartido que una visita en persona. |

| Evento médico frecuente | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación) | Atención de enfermería especializada | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | La cobertura se limita a 90 días por internación. Este beneficio se combina con el beneficio de servicios de cama de transición. Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. |
| | Equipo médico duradero | 20% de coaseguro ; no se aplica el deducible | 20% de coaseguro ; no se aplica el deducible | La compra de equipo médico duradero (DME) con un costo unitario de \$500 o más (excepto para audífonos) y todos los alquileres de DME deben hacerse con autorización previa. Cobertura para: Ortesis para pies: solo un par por año de beneficios. Audífonos: solo un par cada 36 meses. Para obtener una lista de los modelos de audífonos cubiertos, inicie sesión en www.QuartzBenefits.com/hearingaids o comuníquese con el departamento de Atención al Cliente. |
| | Servicios de hospicio | 20% de coaseguro | 40% de coaseguro | Se necesita autorización previa. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información. La cobertura de hospicio excluye los cargos de habitación y de comida en un centro especializado de enfermería. |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo; no se aplica el deducible | 40% de coaseguro | Se cubre un examen de rutina de la vista sin cargo dentro de la red . Se aplica el costo compartido de una visita en el consultorio a los exámenes siguientes. |
| | Anteojos para niños | No está cubierto | No está cubierto | -----Ninguna----- |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | -----Ninguna----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (esta no es una lista completa; consulte su póliza o el documento del plan para ver otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía cosmética
- Atención dental (para adultos)
- Tratamiento por infertilidad
- Atención de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de EE. UU.
- Enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o el documento del plan para ver otros servicios cubiertos y los costos de esos servicios).

- Acupuntura (limitado)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Atención de rutina de la vista (para adultos)
- Atención de rutina de los pies (limitado)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin (Wisconsin Office of the Commissioner of Insurance) al 1-800-236-8517; Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de Estados Unidos (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>, o visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Puede haber otras opciones de cobertura para usted, incluyendo contratar una cobertura de seguro individual mediante el [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar quejas formales o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo sin 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 beneficios que recibirá por dicho [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan toda la información sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso o para obtener ayuda, comuníquese con: Office of the Commissioner of Insurance, Complaints Department, P.O. Box 7873, Madison, WI 53707-7873 o si la cobertura es de un [plan](#) de salud grupal, llame a la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados al 1-866-444-EBSA (3272).

¿Da este plan cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles mediante el [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para recibir ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para recibir el crédito fiscal para la [prima](#).

¿Cumple esta cobertura el estándar de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple el [estándar de valor mínimo](#), es posible que usted sea elegible para recibir un crédito fiscal para la [prima](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY)

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-362-3310 or 1-800-877-8973 (TTY)

————— Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica que se da como ejemplo, consulte la página siguiente. —————

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en coberturas individuales.

Peg va a tener un bebé

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

| | |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Deducible general del plan | \$1,000 |
| ■ Copago por especialista | \$60 |
| ■ Coaseguro por hospital (centro) | 20% |
| ■ Otro coaseguro | 20% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para partos/nacimientos
 Servicios del centro para partos/nacimientos
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|-------------------------|---------|
| Deducibles | \$1,000 |
| Copagos | \$50 |
| Coaseguro | \$950 |

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$0

El total que Peg pagaría es de \$2,000

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red, de una condición médica bien controlada)

| | |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Deducible general del plan | \$1,000 |
| ■ Copago por especialista | \$60 |
| ■ Coaseguro por hospital (centro) | 20% |
| ■ Otro coaseguro | 20% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos bajo prescripción
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|-------------------------|-------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$600 |
| Coaseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$0

El total que Joe pagaría es de \$700

Fractura simple de Mia

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

| | |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Deducible general del plan | \$1,000 |
| ■ Copago por especialista | \$60 |
| ■ Coaseguro por hospital (centro) | 20% |
| ■ Otro coaseguro | 20% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|-------------------------|---------|
| Deducibles | \$1,000 |
| Copagos | \$200 |
| Coaseguro | \$100 |

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$0

El total que Mia pagaría es de \$1,300

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



No discriminación y acceso a idiomas

Quartz es el nombre de marca de un grupo de compañías comprometidas con su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales independientes. En este aviso, “nosotros” se refiere a todas las compañías de Quartz.

Para obtener ayuda para entender este material en un idioma distinto del inglés, llame al (800) 362-3310, y un representante del departamento de Atención al Cliente lo ayudará. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ayudamos y prestamos servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Prestamos servicios gratuitos de idioma a las personas que hablan un idioma distinto del inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente llamando al (800) 362-3310.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Kristie Meier, Compliance Officer
840 Carolina Street
Sauk City, WI 53583
Teléfono: (800) 362-3310
TTY: 711 u (800) 877-8973 (línea gratuita)
Fax: (608) 644-3500
Correo electrónico:
AppealsSpecialists@quartzbenefits.com

Puede presentar la queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Kristie Meier, responsable de Cumplimiento, puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

En ciertos estados, Quartz es un emisor calificado de Planes de Salud en el Mercado de Seguros Médicos. Para conocer más visite la página web del Mercado de Seguros Médicos en HealthCare.gov.

Si necesita ayuda para traducir o entender esto, llame al (800) 362-3310, TTY: 711/(800) 877-8973.

Spanish – Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Quartz. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Hmong – Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb. Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm Quartz. Saib cov caij nyoog los yog tej hnuv tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas peb kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoog uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiaj yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Vietnamese – Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bàn về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình Quartz. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Chinese – 本通知含有重要的訊息 本通知對於您透過 Quartz 所提出的申請或保險有重要的訊息 請在本通知中查看重要的日期 您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (800) 362-3310 : 711 / (800) 877-8973.

Russian – Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через Quartz. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Laotian – ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໃບສະຫມັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຜ່ານ Quartz. ຊອກຫາວັນທີ່ສໍາຄັນ ໃນຫນັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈໍາເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເວລາ ທີ່ກໍານົດໄວ້ທີ່ແນ່ນອນເພື່ອຮັກສາໄວ້ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາເບີ (800) 362 3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877 8973.

German – Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch Quartz. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Arabic – يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يتضمن هذا الإشعار معلومات هامة حول طلبك أو تغطيتك عبر Quartz. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إجراء تدابير معينة وفقاً لمواعيد معينة من أجل الحفاظ على تغطيتك الصحية أو المساعدة في التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 / (800) 362-3310.

French – Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de Quartz. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Korean – 본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 Quartz을 통한 커버리지에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 귀하의 건강 커버리지를 계속유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. (800) 362-3310로 전화하십시오. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Tagalog – Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Quartz. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Pennsylvanian Dutch – Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit Quartz. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschtimme Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kannscht, odder bezaahle helfe kannscht. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Kannscht du (800) 362-3310 uffrufe. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Polish – To ogłoszenie zawiera ważne informacje. To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku lub zakresu świadczeń poprzez Quartz. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu aby nie przekroczyć terminów w przypadku utrzymania polisy ubezpieczeniowej lub pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji we własnym języku. Zadzwońcie pod (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Hindi – इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में Quartz से जुड़े आपके आवेदन या कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों को देखना न भूलें। स्वास्थ्य कवरेज जारी रखने या खर्च में मदद के लिए आपको कुछ तय तारीखों तक कार्रवाई करनी ज़रूरी है। आपके पास अपनी भाषा में, बिना किसी शुल्क के इस जानकारी और सहायता को पाने का अधिकार है। (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 पर कॉल करें।

Albanian – Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm. Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm për aplikimin ose mbulimin tuaj nëpërmjet Quartz. Kontrolloni për data të rëndësishme në këtë njoftim. Mund t'ju duhet të ndërmerri veprim brenda afatave të caktuara për të mbajtur mbulimin tuaj shëndetësor ose për ndihmën me koston. Keni të drejtë ta merrni këtë informacion dhe ndihmë falas në gjuhën tuaj. Telefononi numrin (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Somali – FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawimada luuqada, ayaa waxaa laguugu siinayaa bilaash, waa lagu heli karaa. 1-800-362-3310 (TTY: 1-800-877-8973) bilbilaa.

Cushite – Oroomiffa XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Amharic – ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 362-3310. (መስማት ለተሳናቸው: 711 / (800) 877-8973).

Karen – ၵၢ်သ့ၵ်ၵ်သး- န့ၵ်ကတိၢ် ကညိၢ် ကျိၵ်အသိၢ်, န့ၵ်န့ၵ် ကျိၵ်အတၢ်မၤစၢၤလၢ တလၢၵ်သ့ၵ်လၢၵ်စၢၤ နီတမံၤသ့ၵ်သ့ၵ်လီၤ. ကိး (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Mon-Khmer, Cambodian – ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អឺល គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Serbocroatian – OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpskohrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite (800) 362-3310 TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711 / (800) 877-8973.

Thai – เร็ยณ: ถำ คุณพทุ ภาษาไทยคุณสามารถใข้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี รั โทร (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Gujarati – સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Urdu – خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Greek – ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.