

Este plan es de Quartz Health Benefit Plans Corporation



Preparado para:
GORMAN & COMPANY LLC

Programa de beneficios
9076923 - POS

Período de cobertura: 1/Enero/2025 - 31/Diciembre/2025

Beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	Individual: \$3,000 por año de beneficios Familiar: \$3,000/individual o \$6,000/ familiar, por año de beneficios	\$6,000 individual/\$12,000 familiar por año de beneficios
Coaseguro	20% de coaseguro	40% de coaseguro
Máximo anual de gastos de bolsillo	Individual: \$5,550 por año de beneficios Familiar: \$5,550/individual o \$11,100/ familiar, por año de beneficios	\$11,100 individual/\$22,200 familiar por año de beneficios
Servicios preventivos	Sin cargo	40% de coaseguro después del deducible
Edad del dependiente	26	
Información del deducible	Este plan incluye un deducible. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual anual hasta que la cantidad total de gastos de deducibles que paguen todos los familiares alcance el deducible familiar anual.	
Límite de gastos de bolsillo	Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe alcanzar su propio límite máximo anual de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar. 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.	
Plan calificado para cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	
Autorización previa	Es posible que se necesite autorización previa para algunos servicios. Visite www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más información.	

Servicios de médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
Visita en el consultorio	PCP: \$30 de copago/visita; especialista: \$60 de copago/visita	40% de coaseguro después del deducible
Servicios de telesalud	Lo mismo que una visita en el consultorio, a menos que sea una consulta de bienestar mental, que califica para costos compartidos reducidos	Lo mismo que una visita en el consultorio, a menos que sea una consulta de bienestar mental, que califica para costos compartidos reducidos
Consulta virtual	\$20 de copago/visita	40% de coaseguro después del deducible
Visitas a quiroprácticos	\$30 de copago/visita	40% de coaseguro después del deducible
Exámenes de audición	PCP: \$30 de copago/visita; especialista: \$60 de copago/visita	No está cubierto
Servicios de podología	PCP: \$30 de copago/visita; especialista: \$60 de copago/visita	40% de coaseguro después del deducible
Exámenes de la vista	\$30 de copago/visita; un examen de rutina de la vista sin cargo	40% de coaseguro después del deducible

¿Tiene preguntas? Visítenos en QuartzBenefits.com o llame al (800) 362-3310.

QA01875SP (0524)

Tracking ID: DY331XY3D
POS

Servicios de hospital*	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios generales para pacientes hospitalizados	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Cargos por parto y recién nacidos	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible

Servicios de emergencia	Dentro de la red	Fuera de la red
Sala de emergencias	\$100 de copago/visita Los reclamos en el extranjero por cuidados de emergencia están sujetos a un límite de \$20,000 por año de beneficios.	\$100 de copago/visita Los reclamos en el extranjero por cuidados de emergencia están sujetos a un límite de \$20,000 por año de beneficios.
Exención de pago en sala de emergencias	El copago no se cobra si lo ingresan.	
Cuidados de urgencia	\$60 de copago/visita	40% de coaseguro después del deducible
Ambulancia	20% de coaseguro después del deducible Los reclamos en el extranjero por cuidados de emergencia están sujetos a un límite de \$20,000 por año de beneficios.	20% de coaseguro después del deducible Los reclamos en el extranjero por cuidados de emergencia están sujetos a un límite de \$20,000 por año de beneficios.

Beneficios para medicamentos	Dentro de la red	Fuera de la red
Nivel de valor	Rx Outcomes \$5	No está cubierto
Medicamentos genéricos/preferidos/no preferidos	\$10/\$35/\$60 de copago	No está cubierto
Nivel 4	\$200 de copago	No está cubierto
Gastos máximos de bolsillo para medicamentos	\$2,350 individual/\$4,700 familiar por año de beneficios	No está cubierto

Salud conductual	Dentro de la red	Fuera de la red
Pacientes hospitalizados	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Pacientes de transición	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Pacientes ambulatorios	\$30 de copago/visita	40% de coaseguro después del deducible

Servicios de diagnóstico	Dentro de la red	Fuera de la red
Análisis de laboratorio	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Radiografías	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
MRI/MRA	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
PET	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
CAT	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible

Otros servicios	Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo médico duradero	20% de coaseguro	20% de coaseguro
Servicios de atención médica a domicilio	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Límite de atención médica a domicilio	60 visitas por año de beneficios	

Servicios de hospicio	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Centro de atención de enfermería especializada	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Límite de atención de enfermería especializada	90 días por hospitalización	
Servicios de terapia	20% de coaseguro después del deducible	40% de coaseguro después del deducible
Límite de terapia	40 visitas combinadas de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y rehabilitación pulmonar	
Beneficios para trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ)	PCP: \$30 de copago/visita; especialista: \$60 de copago/visita	40% de coaseguro después del deducible

*Servicios de hospital: incluyen habitación y comida diarias en el hospital, y servicios quirúrgicos, de anestesia y otros servicios de hospital.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

ESTE ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA LISTA COMPLETA DE LAS EXCLUSIONES, CONSULTE SU CERTIFICADO DE COBERTURA.

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

- Procedimientos para corregir la obesidad. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cirugía bariátrica que cubre el Certificado de cobertura.
- Cirugía plástica o cosmética.
- Cirugía reconstructiva, a menos que sea para corregir un defecto funcional.
- Aumento de senos (esto no se aplica a la reconstrucción de tejido afectado por una mastectomía).
- Cirugía refractiva para corregir la vista.

SERVICIOS MÉDICOS

- Exámenes obligatorios para empleos, licencias o seguros o que solicite un tercero, incluyendo los tratamientos que ordene un tribunal y que no tengan cobertura.
- Vacunas que cubra un empleador, una institución educativa o un tercero.
- Gastos para la preparación y presentación de informes y registros médicos.
- Programas de control de peso.
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas con fines educativos.
- Cuidados básicos y atención o terapia de mantenimiento y de apoyo.

SERVICIOS DE AMBULANCIA

- Viajes y traslados a una consulta o para recibir un tratamiento que no sea de emergencia.

TERAPIAS

- Atención o terapia de mantenimiento y de apoyo para condiciones crónicas.
- Terapia de pareja.
- Rehabilitación vocacional, incluyendo programas de rehabilitación laboral.
- Terapia de masajes.

SERVICIOS DENTALES

- Procedimientos dentales de rutina (p. ej., limpiezas, extracciones de dientes, tratamientos de conducto, rellenos o coronas), a menos que se contraten beneficios dentales.

SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN

- Reversión de procedimientos de esterilización voluntarios y procedimientos relacionados.
- Parto en casa.
- Cargos relacionados con los servicios de una madre subrogada cuando esta no sea miembro de Quartz.

MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS

- Medicamentos bajo prescripción recetados con fines cosméticos o para condiciones o tratamientos que no tengan cobertura.
- Medicamentos bajo prescripción no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos.

EQUIPO MÉDICO DURADERO Y SUMINISTROS MÉDICOS DESCARTABLES

- Almohadillas para pies, protectores de juanetes, baterías, antisépticos, cinta, plantillas de venta libre, apoyos y bandas elásticas, calzado ortopédico.
- Artículos para el bienestar o de conveniencia (p. ej., dispositivos de monitoreo en casa, productos personales de amplificación del sonido [PSAP], etc.); suministros, equipo o prótesis adicionales.
- Personalización de vehículos o elevadores para sillas de ruedas y scooters; todas las modificaciones de la casa de un miembro y los artículos que estén relacionados con las modificaciones de la casa.
- Reparación o reemplazo de suministros, equipos o prótesis si se pierden, se los roban o dejan de funcionar por uso incorrecto, maltrato o descuido.

SERVICIOS GENERALES

- Todo servicio, suministro o equipo que sea experimental, de investigación o que no sea médicamente necesario.
- Servicios obtenidos sin autorización previa o servicios que excedan la autorización previa dada.
- Cargos por servicios o artículos que el miembro no tenga la obligación legal de pagar.
- Hipnoterapia.
- Servicios de un masajista o masoterapeuta.
- Programas de estimulación durante el coma.
- Ortóptica (ejercicio/entrenamiento de la vista).
- Toda condición, discapacidad o cargo que surja o que se sufra como resultado de una ocupación ilegal o de la perpetración o del intento de perpetración de una agresión o de un acto delictivo.
- Los tratamientos, servicios y suministros que superen cualquier límite máximo de beneficios especificado en esta póliza.

ESTE ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA LISTA COMPLETA DE LAS EXCLUSIONES, CONSULTE SU CERTIFICADO DE COBERTURA.

Prueba de reclamo

El miembro debe presentar una prueba de reclamo en un plazo de 90 días a partir de la fecha del servicio. Circunstancias que excedan el control del miembro pueden hacer que este límite de tiempo no sea razonable. Si es así, el miembro debe presentar el reclamo en cuanto pueda.

Limitaciones de proveedores

Todos los miembros de los planes HMO o POS deben elegir un médico de cabecera (PCP) del Directorio de proveedores. Para acceder a este directorio en línea, visite nuestro sitio web, QuartzBenefits.com/findadoctor. No hay requisitos de PCP para los miembros del plan PPO.

Para recibir servicios de salud conductual (salud mental), comuníquese con la Administración de Atención de la Salud Conductual (Behavioral Health Care Management) de UW Health llamando al (800) 683-2300 para contactarse con un proveedor de la red.



Aviso de no discriminación, disponibilidad de servicios de ayuda lingüística y ayudas y servicios auxiliares

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 de Éxito de los Clientes lo ayudará. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo (incluyendo características sexuales, como características intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género; y estereotipos sexuales). Quartz no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Hacemos modificaciones razonables y damos ayudas y servicios auxiliares gratuitos apropiados a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros y para que participen en programas o actividades de salud, como:

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

Prestamos servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Éxito de los Clientes 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, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Chief Compliance Officer
2650 Novation Parkway
Fitchburg, WI 53713
Teléfono: (800) 362-3310
TTY: 711 u (800) 877-8973 (línea gratuita)
Fax: (608) 644-3500
Email: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, por fax o por email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro jefe 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 Health Insurance Marketplace®. Para obtener más información, visite el sitio web de Health Insurance Marketplace® en HealthCare.gov.

ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (800) 362-3310, TTY: 711 / (800) 877-8973.

Spanish - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o hable con su proveedor.
Chinese - 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 或咨询您的服务提供商。
Hmong - LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.
Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 или обратитесь к своему поставщику услуг.
Vietnamese - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
Laotian - ຄຳເຫລົ່າເຫລົ່າ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີຄຳຮ້ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ຫຼື ສົມທົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.
German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
Pennsylvania Dutch - LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhelpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 of spreek met je provider."
Arabic - استنخدم: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاً. اتصل على الرقم (800) 362-3310. TTY: 711 /

