

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.meritain.com o llame al (866) 300-8449. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a Meritain Health, Inc. al (866) 300-8449 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total? | Para <u>proveedores</u> de nivel 1: individual \$540/familiar \$1,080. Para <u>proveedores</u> de nivel 2: individual \$600/familiar \$1,200. Para <u>proveedores</u> de nivel 3: individual \$1,500/familiar \$4,500. | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> según se especifican. Servicios de <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2: las visitas al consultorio, la <u>atención de urgencia</u> , el <u>equipo médico duradero</u> (solo los suministros para diabéticos), las tarifas del centro para pacientes hospitalizados, los servicios de laboratorios independientes y los <u>servicios de rehabilitación</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Para <u>proveedores</u> de nivel 1: individual \$3,800/familiar \$7,600. Para <u>proveedores</u> de nivel 2: individual \$4,600/familiar \$9,200. Para <u>proveedores</u> de nivel 3: sin límite. | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> de Banner JV, visite www.actna.com/docfind/custom/mymeritain o llame al (800) 343-3140. | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No. | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> . |



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|--|
| | | Nivel 1 Proveedores de Banner | Nivel 2: Proveedor participante | Nivel 3: Proveedor no participante | |
| | | (Usted pagará el mínimo) | (Usted pagará el máximo) | | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$20 de <u>copago</u> /visita. | \$25 de <u>copago</u> /visita. | 50 % de <u>coseguro</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> para <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. El <u>copago</u> se aplica por visita independientemente de los servicios que se prestan. Incluye consultas de telemedicina con proveedores que no sean de Teladoc. No se aplica ningún cargo ni <u>deducible</u> si recibe servicios de consulta a través de Teladoc. Si recibe servicios de consulta a través de Teladoc Primary 360, paga \$10 de <u>copago</u> (no se aplica el <u>deducible</u>). |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$58 de <u>copago</u> /visita. | \$65 de <u>copago</u> /visita. | 50 % de <u>coseguro</u> . | |
| | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u> | <u>Atención preventiva</u> : sin cargo. Atención de rutina: sin cargo para los primeros \$300 por año, luego 90 % de <u>coseguro</u> . Vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster: sin cargo. Examen auditivo: \$20 de <u>copago</u> . | <u>Atención preventiva</u> : sin cargo. Atención de rutina: sin cargo para los primeros \$300 por año, luego 90 % de <u>coseguro</u> . Vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster: sin cargo. Examen auditivo: \$25 de <u>copago</u> . | <u>Atención preventiva</u> : sin cobertura. Atención de rutina: vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster, sin cargo. Examen auditivo: 50 % de <u>coseguro</u> . Los demás servicios de rutina: sin cobertura. | No se aplica el <u>deducible</u> para <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. No se aplica el <u>deducible</u> para las vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster con <u>proveedores</u> de nivel 3. Los exámenes auditivos se limitan a 1 por año. Es posible que deba pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> . No se aplica ningún cargo ni <u>deducible</u> si recibe servicios de consulta de atención preventiva primaria a través de Teladoc. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Laboratorio independiente: \$50 de <u>copago</u> /examen; los demás centros: 15 % de <u>coseguro</u> . | Laboratorio independiente: \$55 de <u>copago</u> /examen; los demás centros: 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> para los exámenes realizados en laboratorios independientes de <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Las tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética no ortopédicas y las tomografías por emisión de positrones requieren <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| | | Nivel 1 Proveedores de Banner | Nivel 2: Proveedor participante | Nivel 3: Proveedor no participante | |
| | | (Usted pagará el mínimo) | (Usted pagará el máximo) | | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com | Medicamentos genéricos | \$15 de <u>copago</u> (suministro de 30 días al por menor); \$30 de <u>copago</u> (suministro de 90 días al por menor y pedidos por correo). | | Sin cobertura. | No se aplica <u>deducible</u> . Cubre hasta un suministro de 30 días (medicamentos con receta médica o <u>medicamentos de especialidad</u> al por menor) y un suministro de 90 días (medicamentos con receta médica al por menor o pedidos por correo). El <u>copago</u> se aplica por receta médica. Se aplica la disposición de obligatoriedad de medicamentos genéricos. No se aplican cargos para los medicamentos preventivos. Los medicamentos de insulina para diabéticos genéricos tendrán \$5 de <u>copago</u> para un suministro de 30 días (al por menor), \$10 de <u>copago</u> para un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo); los de marca tendrán \$15 de <u>copago</u> para un suministro de 30 días (al por menor), \$30 de <u>copago</u> para un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). Los suministros para diabéticos se pagarán igual que todos los demás medicamentos (al por menor) y tendrán \$10 de <u>copago</u> (pedidos por correo) para los genéricos y \$30 de <u>copago</u> (pedidos por correo) para los de marca. Los medicamentos de mantenimiento están sujetos al límite de suministro y a los <u>copagos</u> que se aplican a los medicamentos al por menor y a los pedidos por correo. Los <u>medicamentos de especialidad</u> deben obtenerse en la <u>red</u> de farmacias de especialidad. * Algunos <u>medicamentos de especialidad</u> pueden ser elegibles para un <u>copago</u> de \$0 si está inscrito en el programa PrudentRx Solutions. Si los medicamentos son elegibles para el programa PrudentRx Solutions y usted no se inscribe, estará sujeto a un 30 % de <u>copago</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> para los medicamentos inyectables que cuestan más de \$2,000 por medicamento, por mes. |
| | Medicamentos de marca preferidos | 20 % de <u>copago</u> (\$55 como mínimo, \$100 como máximo) para un suministro de 30 días (al por menor); 20 % de <u>copago</u> (\$80 como mínimo, \$205 como máximo) para un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). | | Sin cobertura. | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | 40 % de <u>copago</u> (\$70 como mínimo, \$140 como máximo) para un suministro de 30 días (al por menor); 40 % de <u>copago</u> (\$110 como mínimo, \$255 como máximo) para un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). | | Sin cobertura. | |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | \$230 de <u>copago</u> *. | | Sin cobertura. | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|--|
| | | Nivel 1 Proveedores de Banner (Usted pagará el mínimo) | Nivel 2: Proveedor participante (Usted pagará el máximo) | Nivel 3: Proveedor no participante | |
| | | | | | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertas cirugías, incluida la terapia de infusión que cuesta más de \$2,000 por medicamento, por mes. Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. Consulte el documento del <u>plan</u> para ver una lista detallada. Para cirugías en el consultorio de un proveedor de nivel 1 que cuestan menos de \$1,000: \$20 de <u>copago/cirugía</u> (médico de atención primaria) o \$28 de <u>copago/cirugía</u> (<u>especialista</u>), sin <u>deducible</u> . Para cirugías en el consultorio de un proveedor de nivel 2 que cuestan menos de \$1,000: \$25 de <u>copago/cirugía</u> (médico de atención primaria) o \$58 de <u>copago/cirugía</u> (<u>especialista</u>), sin <u>deducible</u> . Para cirugías que cuestan más de \$1,000: 15 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> (médico de atención primaria y <u>especialista</u>). |
| | Tarifas del médico/cirujano | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> (<u>servicios de emergencia</u>); 50 % de <u>coseguro</u> (servicios que no son de emergencia). | A los <u>proveedores</u> de nivel 2 y nivel 3 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> de nivel 1 por los <u>servicios de emergencia</u> . |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 15 % de <u>coseguro</u> /viaje (terrestre); \$230 de <u>copago</u> /viaje más 15 % de <u>coseguro</u> (aéreo). | 15 % de <u>coseguro</u> /viaje (terrestre); \$230 de <u>copago</u> /viaje más 15 % de <u>coseguro</u> (aéreo). | 15 % de <u>coseguro</u> /viaje (terrestre); \$230 de <u>copago</u> /viaje más 15 % de <u>coseguro</u> (aéreo). | Los servicios de los <u>proveedores</u> de los niveles 2 y 3 se pagan al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> de nivel 1. |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$68 de <u>copago</u> /visita. | \$75 de <u>copago</u> /visita. | 50 % de <u>coseguro</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> para <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|--|---|
| | | Nivel 1 Proveedores de Banner | Nivel 2: Proveedor participante | Nivel 3: Proveedor no participante | |
| | | (Usted pagará el mínimo) | (Usted pagará el máximo) | | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | \$230 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> . | \$280 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> . | \$330 de <u>copago</u> /admisión más 50 % de <u>coseguro</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> para las tarifas del centro de <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visitas al consultorio: \$50 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios para pacientes ambulatorios: 15 % de <u>coseguro</u> . | Visitas al consultorio: \$55 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios para pacientes ambulatorios: 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> para <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2 por visitas al consultorio. Incluye consultas de telemedicina con proveedores que no sean de Teladoc. Si realiza consultas de salud conductual mediante Teladoc, paga \$10 de <u>copago</u> (no se aplica el <u>deducible</u>). |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$230 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> (cargo del centro); 15 % de <u>coseguro</u> (tarifa del profesional). | \$280 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> (cargo del centro); 15 % de <u>coseguro</u> (tarifa del profesional). | \$330 de <u>copago</u> /admisión más 50 % de <u>coseguro</u> (cargo del centro); 50 % de <u>coseguro</u> (tarifa del profesional). | No se aplica el <u>deducible</u> para las tarifas del centro de <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Se requiere <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> de los <u>proveedores</u> de nivel 1 o nivel 2. Es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> según el tipo de servicio. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Los gastos del bebé se suman a los gastos de la madre. No se aplica el <u>deducible</u> para las tarifas del centro de <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | \$230 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> . | \$280 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> . | \$330 de <u>copago</u> /admisión más 50 % de <u>coseguro</u> . | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|--|
| | | Nivel 1 Proveedores de Banner (Usted pagará el mínimo) | Nivel 2: Proveedor participante (Usted pagará el máximo) | Nivel 3: Proveedor no participante | |
| | | | | | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | 15 % de <u>coseguro</u> . | 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Se limita a 60 visitas por año. Los suministros para <u>atención médica en el hogar</u> no están sujetos al máximo por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | \$50 de <u>copago</u> /visita (pacientes ambulatorios); \$230 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> (pacientes hospitalizados). | \$55 de <u>copago</u> /visita (pacientes ambulatorios); \$280 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> (pacientes hospitalizados). | 50 % de <u>coseguro</u> (pacientes ambulatorios); \$300 de <u>copago</u> /admisión más 50 % de <u>coseguro</u> (pacientes hospitalizados). | No se aplica el <u>deducible</u> para <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. La fisioterapia, las terapias ocupacional y del habla y la audición se limitan a 60 visitas para cada tipo de terapia por año. Los servicios para pacientes hospitalizados se limitan a 60 días por año. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Esta exclusión no se aplicará a los gastos que se consideren servicios de salud mental o de abuso de sustancias. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | \$230 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> . | \$280 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> . | \$330 de <u>copago</u> /admisión más 50 % de <u>coseguro</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> para <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. Se limita a 60 días por cada período de 12 meses. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Suministros para diabéticos: \$60 de <u>copago</u> /artículo; los demás <u>equipos médicos duraderos</u> : 15 % de <u>coseguro</u> . | Suministros para diabéticos: \$60 de <u>copago</u> /artículo; los demás <u>equipos médicos duraderos</u> : 15 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Se requiere <u>autorización previa</u> para los vehículos de movilidad o las sillas de ruedas eléctricos o motorizados y los dispositivos de compresión neumática. Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. No se aplica el <u>deducible</u> para suministros para diabéticos con <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | \$230 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> (pacientes hospitalizados); 15 % de <u>coseguro</u> (pacientes ambulatorios). | \$280 de <u>copago</u> /admisión más 15 % de <u>coseguro</u> (pacientes hospitalizados); 15 % de <u>coseguro</u> (pacientes ambulatorios). | \$330 de <u>copago</u> /admisión más 50 % de <u>coseguro</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> para los servicios recibidos como paciente hospitalizado por parte de un <u>proveedor</u> participante. La terapia por duelo no tiene cobertura. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| | | Nivel 1 Proveedores de Banner | Nivel 2: Proveedor participante | Nivel 3: Proveedor no participante | |
| | | (Usted pagará el mínimo) | (Usted pagará el máximo) | | |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Cubierto conforme a un plan de la vista independiente. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Cubierto conforme a un plan de la vista independiente. |
| | Control dental para niños | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Se cubre con el plan dental independiente. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|--|---|---|
| <p>Servicios que su <u>plan</u>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura. • Terapia por duelo. • Cirugía plástica. • Atención dental (con cobertura conforme a un plan dental independiente). • Anteojos (con cobertura conforme a un plan de la vista independiente). | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de habilitación (excepto los servicios preventivos y para tratar el autismo). • Tratamiento para la infertilidad (excepto el diagnóstico). • Atención a largo plazo. • Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería particular (excepto la atención médica en el hogar y los programas de cuidados paliativos). • Atención de rutina para la vista (con cobertura conforme a un plan de la vista independiente). • Atención de rutina para los pies. • Programas para la pérdida de peso. |
| <p>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos <u>servicios</u>. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <u>plan</u>).</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica (para el tratamiento de la obesidad mórbida, 1 procedimiento de por vida). | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico (20 visitas por año). | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (1 audífono por oído cada 36 meses). |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, 1-877-267-2323 (interno 61565), www.cciio.cms.gov, o Meritain Health, (866) 300-8449. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una 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.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Meritain Health, Inc., al (866) 300-8449.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-378-1179.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwüjigo holne' 1-800-378-1179.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal de nivel 1 y parto en el hospital)

| | |
|--|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$540 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>médico de atención primaria</u> | 15 % |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | \$230 |
| ■ Otro <u>coseguro</u> | 15 % |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al médico de atención primaria (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un especialista (*anestesia*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|---------------------------|---------|
| Deducibles | \$770 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$1,800 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Peg pagaría es | \$2,640 |
|------------------------------------|----------------|

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de nivel 1 de una condición bien controlada)

| | |
|--|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$540 |
| ■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u> | \$58 |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 15 % |
| ■ Otro <u>coseguro</u> | 15 % |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*incluye la educación sobre enfermedades*)

Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|---------------------------|-------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$700 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Joe pagaría es | \$1,620 |
|------------------------------------|----------------|

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias de nivel 1 y atención de seguimiento)

| | |
|--|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$540 |
| ■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u> | \$58 |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 15 % |
| ■ Otro <u>coseguro</u> | 15 % |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)

Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mía pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|---------------------------|-------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$200 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Mía pagaría es | \$1,100 |
|------------------------------------|----------------|