



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención de salud cubiertos. **NOTA:** Se proporcionará por separado la información acerca del costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)).

**Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame a GPA al 1-800-827-7223. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede acceder al Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 903-575-0300 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                 | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es el <a href="#">deducible</a> general?                                         | <b>\$2,700</b> por persona/ <b>\$5,400</b> por familia, PPO Nivel I y II<br><b>\$7,500</b> por persona/ <b>\$15,000</b> por familia, No PPO Nivel II                                                                                                                                                                                                | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta llegar al monto del <a href="#">deducible</a> antes de que empiece a pagar este <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> ?       | Sí. Los servicios preventivos del PPO no se contabilizan para el <a href="#">deducible</a> .                                                                                                                                                                                                                                                        | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos elementos y servicios incluso si aún no cumplió con el monto del <a href="#">deducible</a> . Aunque se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                                          |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                     | Sí, <b>\$2,500</b> por persona/ <b>\$5,000</b> por familia por servicios prestados en Titus Regional Medical Center.                                                                                                                                                                                                                                | Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar dichos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?     | <b>\$4,000</b> por persona/ <b>\$8,000</b> por familia, PPO Nivel I y II<br><b>\$12,000</b> por persona/ <b>\$24,000</b> por familia, No PPO Nivel II                                                                                                                                                                                               | El límite de <a href="#">desembolso</a> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?          | Primas; cargos por facturación de saldo; cargos que superen lo <a href="#">UCR (Usual, habitual y razonable)</a> ; todas las sanciones por falta de cumplimiento y la atención médica que no cubre este plan                                                                                                                                        | A pesar de que usted paga estos gastos, estos no cuentan a favor de su <a href="#">límite de desembolso</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                     | Sí, para los <a href="#">Proveedores</a> de Nivel II. Consulte la página 2 para acceder a una explicación sobre los <a href="#">Proveedores</a> de Nivel I y Nivel II. Visite <a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a> o llame al 1-888-611-7427 para obtener una lista de todos los <a href="#">médicos</a> participantes de PHCS. | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red</a> del plan. Pagará el máximo si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría utilizar a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener estos servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



Todos los costos de los [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en esta tabla son después de que cumpla con su [deducible](#), si es que se aplica un [deducible](#). Los [proveedores](#) de Nivel I incluyen, aunque no se limitan a: Hospitales (tratamiento para pacientes internados y ambulatorios); centros de internación (como centros de rehabilitación, centros de enfermería especializada y [hospicios](#)); centros de internación y ambulatorios para pacientes con trastornos mentales, dependencia de sustancias químicas, abuso de drogas y sustancias; centros de cirugía ambulatoria y clínicas de diálisis. Los [proveedores](#) de Nivel II son [médicos](#) y todos los otros [proveedores](#) de servicios no definidos como [proveedor](#) de Nivel I.

| Acontecimiento médico común                                                                                                                                                                              | Servicios que puede necesitar                                       | Qué es lo que va a pagar                                              |                                                                      |                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                     | Proveedor de Nivel I                                                  | Proveedor de PPO de Nivel II                                         | Proveedor no de PPO de Nivel II                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Si visita el consultorio o clínica de un <a href="#">proveedor de salud</a>                                                                                                                              | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad     | N/D                                                                   | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | No hay ningún cargo para la esterilización femenina del PPO y todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA del PPO. Se aplica una tarifa de consulta de \$45 a las consultas telefónicas de Teladoc. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .<br><br>Consulte el documento del plan para obtener información y limitaciones de los beneficios. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> . |
|                                                                                                                                                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                              | N/D                                                                   | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                          | <a href="#">Atención/control de salud</a> / vacunas                 | Sin cargo                                                             | Sin cargo                                                            | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Si tiene una prueba                                                                                                                                                                                      | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (rayos x, exámenes de sangre) | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a>  | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del PPO y 0 % de <a href="#">coseguro</a> a las IRM y las tomografías computarizadas/escanografía PET facturadas por One Call Medical. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                          | Imágenes (tomografía computarizada/escanografía PET, IRM)           | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a>  | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección<br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">www.express-scripts.com</a> | Medicamentos genéricos                                              | <a href="#">Deducible</a> y luego un 20 % de <a href="#">coseguro</a> |                                                                      |                                                                      | Cubre un suministro de 30 días al por menor/un suministro de 90 días de orden por correo/un suministro de 30 días por medicamento especializado. Consulte el documento de su plan para obtener información sobre los medicamentos que requieren autorización previa y los medicamentos que están excluidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marca preferidos                                    | <a href="#">Deducible</a> y luego un 20 % de <a href="#">coseguro</a> |                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marca no preferidos                                 | <a href="#">Deducible</a> y luego un 20 % de <a href="#">coseguro</a> |                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                          | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                         | <a href="#">Deducible</a> y luego un 20 % de <a href="#">coseguro</a> |                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

[\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o póliza en [www.gpatpa.com](#)].

| Acontecimiento médico común                  | Servicios que puede necesitar                                           | Qué es lo que va a pagar                                             |                                                                      |                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |                                                                         | Proveedor de Nivel I                                                 | Proveedor de PPO de Nivel II                                         | Proveedor no de PPO de Nivel II                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>      | Tarifa del centro de salud (por ejemplo: centro de cirugía ambulatoria) | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | N/D                                                                  | N/D                                                                  | Se requiere notificación de UR o se aplica una sanción por falta de cumplimiento de \$500. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                             |
|                                              | Tarifas del médico/cirujano                                             | N/D                                                                  | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b> | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>                         | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | Se requiere notificación de UR si es ingresado como paciente hospitalizado o se aplica una sanción por falta de cumplimiento de \$500. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> . |
|                                              | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                         | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                                                                                                                        |
|                                              | <a href="#">Atención urgente</a>                                        | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                                                                                                                        |
| <b>Si tiene una estadía en el hospital</b>   | Tarifa del centro de salud (por ejemplo: habitación del hospital)       | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | N/D                                                                  | N/D                                                                  | Se requiere notificación de UR o se aplica una sanción por falta de cumplimiento de \$500. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                             |
|                                              | Tarifas del médico/cirujano                                             | N/D                                                                  | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Acontecimiento médico común                                                                     | Servicios que puede necesitar                                   | Qué es lo que va a pagar                                             |                                                                      |                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                 |                                                                 | Proveedor de Nivel I                                                 | Proveedor de PPO de Nivel II                                         | Proveedor no de PPO de Nivel II                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias</b> | Servicios ambulatorios                                          | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | Se requiere notificación de UR para admisiones como paciente hospitalizado y tratamiento diurno o se aplica una sanción por falta de cumplimiento de \$500. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                 | Servicios hospitalarios                                         | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                       | Visitas al consultorio                                          | N/D                                                                  | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | Comuníquese con UR para coordinar la atención prenatal Se requiere notificación de UR o se aplica una sanción por falta de cumplimiento de \$500. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                 | Servicios profesionales para el nacimiento del niño/parto       | N/D                                                                  | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | Servicios del centro de salud para el nacimiento del niño/parto | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | N/D                                                                  | N/D                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>    | <a href="#">Atención de salud en el hogar</a>                   | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | Los servicios se limitan por año calendario a 60 visitas de atención de salud en el hogar, 60 visitas combinadas de terapia física/del habla/ocupacional y 90 días cada una para los centros de enfermería especializada/rehabilitación. La atención quiropráctica se limita a \$1,000 por año calendario y el hospicio se limita a \$10,000 de por vida. El tratamiento de los retrasos en el desarrollo puede no estar cubierto. Consulte el documento del plan para obtener más información. Comuníquese con UR para coordinar la atención de salud en el hogar y en el hospicio para pacientes ambulatorios. Se requiere notificación de UR para admisiones como paciente hospitalizado o se aplica una |
|                                                                                                 | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                           | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 20 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

[\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o póliza en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)].

| Acontecimiento médico común                         | Servicios que puede necesitar | Qué es lo que va a pagar |                              |                                                                      | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                               | Proveedor de Nivel I     | Proveedor de PPO de Nivel II | Proveedor no de PPO de Nivel II                                      |                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                     |                               |                          |                              |                                                                      | sanción por falta de cumplimiento de \$500. Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> . |
| Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica | Examen oftalmológico del niño | Sin cargo                | Sin cargo                    | <a href="#">Copago</a> del 40 %; se aplica <a href="#">deducible</a> | El beneficio solo se aplica hasta los 19 años de edad. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <a href="#">usuales, habituales y razonables</a> .                                                                  |
|                                                     | Anteojos del niño             | No está cubierto         |                              |                                                                      | No está cubierto                                                                                                                                                                                                        |
|                                                     | Control dental del niño       | No está cubierto         |                              |                                                                      | No está cubierto                                                                                                                                                                                                        |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |                            |                                                               |                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| • Acupuntura               | • Tratamiento de infertilidad                                 | • Servicio de enfermería privada            |
| • Cirugía bariátrica       | • Cuidado a largo plazo                                       | • Atención oftalmológica de rutina (adulto) |
| • Cirugía estética         | • Atención no de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Podología de rutina                       |
| • Atención dental (adulto) |                                                               | • Programas para adelgazar                  |

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta lista no está completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica
- Audífonos (**solo** para la compra inicial si la pérdida auditiva se debe a una enfermedad, lesión accidental, anomalía congénita o procedimiento quirúrgico)

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También puede haber otras opciones de cobertura para usted, incluso la compra de una cobertura de seguro individual a través del [mercado de seguros de salud](#). Para obtener más información sobre el [mercado de salud](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos sobre quejas y apelaciones:** Existen agencias que lo pueden ayudar si posee una queja de su [plan](#) por un rechazo a un [reclamo](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por dicho [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: 800-827-7223 o el Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

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

Si no posee la [cobertura esencial mínima](#) por un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito que tiene cobertura de salud por dicho mes.

**¿Este plan cumple con los valores mínimos estándares? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [valores mínimos estándares](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal para el pago de primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de seguros](#).

**Servicios de acceso a idiomas:**

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 800-827-7223.

*.———Para acceder a ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.———*

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una estimación de costos.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes de acuerdo con la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar dentro de [planes](#) de salud diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está esperando un bebé**  
(9 meses de atención prenatal y parto en el hospital dentro de la red)

|                                                                 |        |
|-----------------------------------------------------------------|--------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2700 |
| ■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>                     | 20 %   |
| ■ <a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>                | 20 %   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20 %   |

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
Servicios profesionales para el nacimiento del niño/parto  
Servicios del centro de salud para el nacimiento del niño/parto  
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y exámenes de sangre*)  
Visitas al especialista (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,800</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido                    |                |
|-------------------------------------|----------------|
| Deducibles                          | \$2,700        |
| Copagos                             | \$0            |
| Coseguro                            | \$1,300        |
| Qué es lo que no está cubierto      |                |
| Límites o exclusiones               | \$60           |
| <b>El total que pagaría Peg es:</b> | <b>\$4,060</b> |

**Manejo de la Diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

|                                                                 |        |
|-----------------------------------------------------------------|--------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2700 |
| ■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>                     | 20 %   |
| ■ <a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>                | 20 %   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20 %   |

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a los consultorios de médicos de atención primaria (*incluso educación sobre enfermedades*)  
Pruebas de diagnóstico (*exámenes de sangre*)  
Medicamentos recetados  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$7,400</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido                    |                |
|-------------------------------------|----------------|
| Deducibles                          | \$2,700        |
| Copagos                             | \$0            |
| Coseguro                            | \$890          |
| Qué es lo que no está cubierto      |                |
| Límites o exclusiones               | \$60           |
| <b>El total que pagaría Joe es:</b> | <b>\$3,650</b> |

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)

|                                                                 |        |
|-----------------------------------------------------------------|--------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2700 |
| ■ <a href="#">Coseguro del especialista</a>                     | 20 %   |
| ■ <a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>                | 20 %   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20 %   |

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluso suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*rayos x*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$1,900</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido                    |                |
|-------------------------------------|----------------|
| Deducibles                          | \$1,900        |
| Copagos                             | \$0            |
| Coseguro                            | \$0            |
| Qué es lo que no está cubierto      |                |
| Límites o exclusiones               | \$0            |
| <b>El total que pagaría Mia es:</b> | <b>\$1,900</b> |

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