



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 o llamar al 903-575-0300 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el deducible general?	\$3,000 por persona/ \$6,000 por familia, PPO Nivel I y II \$6,000 por persona/ \$12,000 por familia, No PPO Nivel II	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta llegar al monto del deducible antes de que empiece a pagar este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su deducible ?	Sí. Los copagos , las recetas y los servicios preventivos del PPO no se contabilizan para el deducible .	Este plan cubre algunos elementos y servicios incluso si aún no cumplió con el monto del deducible . Aunque se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, \$2,500 por persona/ \$5,000 por familia para servicios prestados en Titus Regional Medical Center y \$100 por persona/ \$300 por familia para recetas	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ?	\$6,350 por persona/ \$12,700 por familia, PPO Nivel I y II \$12,700 por persona/ \$25,400 por familia, No PPO Nivel II	El límite de desembolso es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso ?	Primas; cargos por facturación de saldo; cargos que superen lo UCR (Usual, habitual y razonable) ; 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 límite de desembolso .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí, para los Proveedores de Nivel II. Consulte la página 2 para acceder a una explicación sobre los Proveedores de Nivel I y Nivel II. Visite www.multipplan.com o llame al 1-888-611-7427 para obtener una lista de todos los médicos participantes de PHCS.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Pagará el máximo si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener estos servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación .



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 proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	N/D	Copago de \$40 por visita Copago del 0 %; se exime el deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	Los médicos general/familiar, pediatras, internistas y obstetras/ginecólogos se consideran médicos de atención primaria (PCP). El copago de PCP se aplica a visitas al consultorio por problemas de salud mental/conductual/abuso de sustancias, exámenes psicológicos y terapia grupal. No hay ningún cargo por cirugías en el consultorio de PPO, todos los métodos anticonceptivos aprobados por FDA de PPO y, las inyecciones, el suero y las pruebas de alergia de PPO. Se aplica una tarifa de consulta de \$45 a las consultas telefónicas de Teladoc. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas usuales, habituales y razonables . 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 usuales, habituales y razonables .
	Visita al especialista	N/D	Copago de \$75 por visita Copago del 0 %; se exime el deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	
	Atención/control de salud/vacunas	Sin cargo	Sin cargo	Copago del 40 %; se aplica deducible	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos x, exámenes de sangre)	Sin cargo	Sin cargo	Copago del 40 %; se aplica deducible	Se aplica el deducible del PPO y 0 % de coseguro 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 usuales, habituales y razonables .
	Imágenes (tomografía computarizada/escanografía PET, IRM)	Copago del 20 %; se aplica deducible	Copago del 20 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	

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 necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.express-scripts.com	Medicamentos genéricos	Copagos de Nivel 1 : Por menor \$5/Pedido por correo \$10			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	Copagos de Nivel 2 : Por menor \$30/Pedido por correo \$60			
	Medicamentos de marca no preferidos	Copagos de Nivel 3 : Por menor \$50/Pedido por correo \$100			
	Medicamentos especializados	Copago del 20 % hasta un máximo de \$500 por receta			
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de salud (por ejemplo: centro de cirugía ambulatoria)	Copago del 0 %; se aplica deducible	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 usuales, habituales y razonables .
	Tarifas del médico/cirujano	N/D	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Copago de \$300 por visita Copago del 0 %; se exime el deducible	Sin cargo	Sin cargo	Se aplican deducible y coseguro al tratamiento médico que no sea de emergencia. 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 usuales, habituales y razonables .
	Transporte médico de emergencia	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 0 %; se aplica deducible de PPO	Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas usuales, habituales y razonables .
	Atención urgente	Copago de \$75 por visita Copago del 0 %; se exime el deducible	Copago de \$75 por visita Coseguro del 0 %; Deducible exonerado	Copago del 40 %; se aplica deducible	Los cargos del nivel I se basan en los límites de los reclamos permisibles. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas usuales, habituales y razonables .
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro de salud (por ejemplo: habitación del hospital)	Copago del 0 %; se aplica deducible	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 usuales, habituales y razonables .
	Tarifas del médico/cirujano	N/D	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	

[* 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	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	Consulte " Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de salud " para obtener información sobre el beneficio de visita al consultorio. 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 usuales, habituales y razonables .
	Servicios hospitalarios	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	N/D	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	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 usuales, habituales y razonables .
	Servicios profesionales para el nacimiento del niño/parto	N/D	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	
	Servicios del centro de salud para el nacimiento del niño/parto	Copago del 0 %; se aplica deducible	N/D	N/D	
Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de salud en el hogar	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	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 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 usuales, habituales y razonables .
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cargo	Copago del 40 %; se aplica deducible	
	Servicios de habilitación	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cargo	Copago del 40 %; se aplica deducible	
	Equipo médico duradero	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 0 %; se aplica deducible	Copago del 40 %; se aplica deducible	
	Servicios de hospicio	Sin cargo	Sin cargo	Copago del 40 %; se aplica deducible	

[* 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	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen oftalmológico del niño	Sin cargo	Sin cargo	<u>Copago</u> del 40 %; se aplica <u>deducible</u>	El beneficio solo se aplica hasta los 19 años de edad. Los cargos no de PPO están sujetos a tarifas <u>usuales, habituales y razonables</u> .
	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).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Cuidado a largo plazo • Atención no de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privada • Atención oftalmológica de rutina (adulto) • Podología de rutina • Programas para adelgazar |
|--|---|--|

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

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none"> • 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, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o 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 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.

¿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 [deducible](#) general del [plan](#) \$3000
- [Copago para especialista](#) \$75
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

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*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$40
Coseguro	\$0
Qué es lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es:	\$3,100

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3000
- [Copago para especialista](#) \$75
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

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*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$840
Coseguro	\$0
Qué es lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Joe es:	\$2,600

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3000
- [Copago para especialista](#) \$75
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

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*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$990
Copagos	\$160
Coseguro	\$0
Qué es lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es:	\$1,150

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