



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra de qué manera usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención de la salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo (llamado prima) de este plan se proporcionará por separado. Este es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite www.healthplanofnevada.com. Para ver definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coaseguro, copago, deductible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-777-1840 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué Esto es Importante: |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el <u>deductible</u> total? | No hay ningún <u>deductible</u> por <u>Proveedores de HMO</u> . \$500/Miembro y \$1,500/Familia por <u>Proveedores del Plan</u> y \$1,000/Miembro y \$3,000/Familia por <u>Proveedores Fueras del Plan</u> . | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la <u>cantidad deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de su familia debe alcanzar su propio <u>deductible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos <u>deductibles</u> pagados por todos los miembros de su familia alcance el <u>deductible</u> familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ? | Sí. La <u>atención preventiva</u> proporcionada por <u>Proveedores del Plan/HMO</u> está cubierta antes de que usted alcance su <u>deductible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted todavía no haya alcanzado la <u>cantidad deductible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>coaseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deductible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deductibles</u> por servicios específicos? | No | No tiene que alcanzar <u>deductibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el <u>límite de desembolso personal</u> de este <u>plan</u> ? | \$6,850/Miembro y \$13,700/Familia por <u>Proveedores de HMO</u> ; \$6,850/Miembro y \$13,700/Familia por <u>Proveedores del Plan</u> y \$13,700/Miembro y \$27,400/Familia por <u>Proveedores Fueras del Plan</u> . | El <u>límite de desembolso personal</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de desembolso</u> personal hasta que se haya alcanzado el <u>límite de desembolso</u> familiar. |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso</u> ? | Los recargos por no obtener la <u>autorización previa</u> requerida, las <u>primas</u> , los cargos de la <u>facturación del saldo</u> y la atención de la salud que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso</u> . |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ? | Sí. Consulte www.healthplanofnevada.com/Member/Doctor-or-Provider o llame al 1-800-777-1840 para obtener una lista de los <u>Proveedores del Plan</u> . | Usted paga lo mínimo si usa un <u>proveedor de HMO</u> . Usted paga más si usa un <u>proveedor de la red</u> . Usted pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Antes de obtener este tipo de servicios, consulte con su <u>proveedor</u> . |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para ir a un <u>especialista</u> ? | Sí | Este <u>plan</u> pagará la totalidad o parte de los costos de un <u>especialista</u> por los servicios cubiertos, pero sólo si usted tiene una <u>referencia</u> antes de ir al <u>especialista</u> . |



Todos los costos de los [copagos](#) y [coaseguros](#) que aparecen en este cuadro son después de alcanzar su [deductible](#), en caso de que se aplique un [deductible](#).

| Evento Médico Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que Pagará Usted | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|--|--|--|--|--|
| | | Proveedor de HMO (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor del Plan (Usted paga más) | Proveedor Fuera del Plan (Usted pagará lo máximo) | |
| Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de atención de la salud | Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | <u>Copago</u> de \$20 por visita | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Coaseguro</u> del 50% | Ninguna |
| | Visita a un <u>especialista</u> | <u>Copago</u> de \$25 por visita | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Coaseguro</u> del 50% | Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | <u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</u> | Sin cargo | Sin cargo | <u>Coaseguro</u> del 50% | Cuando los servicios se obtienen de <u>Proveedores Fuera del Plan</u> , se aplica un <u>Deductible</u> . Es posible que tenga que pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego consulte qué paga su plan. |
| Si le realizan un examen | <u>Examen de diagnóstico</u> (rayos X, análisis de sangre) | Laboratorio: <u>Copago</u> de \$10 por servicio Rayos X: <u>Copago</u> de \$10 por servicio | Laboratorio: <u>Copago</u> de \$10 por servicio; no se aplica el <u>deductible</u> Rayos X: <u>Copago</u> de \$10 por servicio; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Coaseguro</u> del 50% | Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | Imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI]) | MRI: <u>Copago</u> de \$75 por servicio PET: <u>Copago</u> de \$75 por servicio CT: <u>Copago</u> de \$75 por servicio | MRI: <u>Copago</u> de \$200 por servicio; no se aplica el <u>deductible</u> PET: <u>Copago</u> de \$200 por servicio; no se aplica el <u>deductible</u> CT: <u>Copago</u> de \$200 por servicio; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Coaseguro</u> del 50% | |

| Evento Médico Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que Pagará Usted | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|
| | | Proveedor de HMO (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor del Plan (Usted paga más) | Proveedor Fuera del Plan (Usted pagará lo máximo) | |
| <p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos de venta con receta</u>, visite www.healthplanofnevada.com</p> | Nivel 1 | <u>Copago</u> de \$10 por receta (venta al por menor) <u>Copago</u> de \$25 por receta (pedido por correo) | <u>Copago</u> de \$10 por receta (venta al por menor) <u>Copago</u> de \$25 por receta (pedido por correo) | Sin Cobertura | <p>Usted tiene un <u>plan</u> de farmacia de 3 Niveles. Cubre un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta al por menor o un suministro de hasta 90 días por pedido por correo. Si no se obtiene <u>autorización previa</u> o no se cumple con el requisito de terapia escalonada, el miembro paga el costo de los servicios.</p> |
| | Nivel 2 | <u>Copago</u> de \$35 por receta (venta al por menor) <u>Copago</u> de \$87.50 por receta (pedido por correo) | <u>Copago</u> de \$35 por receta (venta al por menor) <u>Copago</u> de \$87.50 por receta (pedido por correo) | Sin Cobertura | |
| | Nivel 3 | <u>Copago</u> de \$60 por receta (venta al por menor) <u>Copago</u> de \$150 por receta (pedido por correo) | <u>Copago</u> de \$60 por receta (venta al por menor) <u>Copago</u> de \$150 por receta (pedido por correo) | Sin Cobertura | |
| | Nivel 4 | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Sin Cobertura | No Corresponde. |

| Evento Médico Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que Pagará Usted | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de HMO (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor del Plan (Usted paga más) | Proveedor Fuera del Plan (Usted pagará lo máximo) | |
| Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Hospital: <u>Copago</u> de \$200 por cirugía Centro de Cirugía Ambulatoria: <u>Copago</u> de \$200 por cirugía | Hospital: <u>Copago</u> de \$200 por cirugía; no se aplica el <u>deductible</u> Centro de Cirugía Ambulatoria: <u>Copago</u> de \$200 por cirugía; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Coaseguro</u> del 50% | Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Hospital: <u>Copago</u> de \$200 por cirugía Centro de Cirugía Ambulatoria: <u>Copago</u> de \$200 por cirugía | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | Sala de Emergencias: <u>Copago</u> de \$500 por visita Médico de Sala de Emergencias: Sin cargo | Sala de Emergencias: <u>Copago</u> de \$500 por visita; no se aplica el <u>deductible</u> Médico de Sala de Emergencias: Sin cargo | Sala de Emergencias: <u>Copago</u> de \$500 por visita; no se aplica el <u>deductible</u> Médico de Sala de Emergencias: Sin cargo | Es posible que los <u>Proveedores Fuera del Plan</u> le facturen el <u>saldo</u> a usted. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | <u>Copago</u> de \$100 por viaje | <u>Copago</u> de \$100 por viaje; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Copago</u> de \$100 por viaje; no se aplica el <u>deductible</u> | |
| | <u>Atención de urgencia</u> | <u>Copago</u> de \$30 por visita | <u>Copago</u> de \$30 por visita; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Copago</u> de \$30 por visita; no se aplica el <u>deductible</u> | Es posible que los <u>Proveedores Fuera del Plan</u> le facturen el <u>saldo</u> a usted. |
| Si es hospitalizado | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital) | <u>Copago</u> de \$500 por día Máx. de \$1,500 por admisión | <u>Copago</u> de \$500 por día; no se aplica el <u>deductible</u> Máx. de \$1,500 por admisión | <u>Coaseguro</u> del 50% | Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | Honorarios del médico/cirujano | <u>Copago</u> de \$200 por cirugía | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | |

| Evento Médico Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que Pagará Usted | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|--|---|--|--|
| | | Proveedor de HMO (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor del Plan (Usted paga más) | Proveedor Fuera del Plan (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | <u>Copago</u> de \$20 por visita | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deductible</u> | <u>Coaseguro</u> del 50% | Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | <u>Copago</u> de \$500 por día Máx. de \$1,500 por admisión | <u>Copago</u> de \$500 por día; no se aplica el <u>deductible</u> Máx. de \$1,500 por admisión | <u>Coaseguro</u> del 50% | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cargo | <u>Coaseguro</u> del 50% | La atención prenatal de rutina obtenida de un <u>Proveedor del Plan</u> está cubierta sin cargo. La atención de maternidad incluye las pruebas y los servicios que se describen en otro lugar del Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., laboratorio). |
| | Servicios profesionales para el parto | Anestesia: <u>Copago</u> de \$200 por admisión Cirugía: <u>Copago</u> de \$200 por admisión | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | Los servicios profesionales para el parto incluyen Anestesia y Servicios Quirúrgicos Médicos; cada servicio tiene un costo compartido aparte. Si no se obtiene <u>autorización previa</u> , el Miembro paga el costo de los servicios. |
| | Servicios en un centro de maternidad | <u>Copago</u> de \$500 por día Máx. de \$1,500 por admisión | <u>Copago</u> de \$500 por día; no se aplica el <u>deductible</u> Máx. de \$1,500 por admisión | <u>Coaseguro</u> del 50% | Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |

| Evento Médico Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que Pagará Usted | | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor de HMO (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor del Plan (Usted paga más) | Proveedor Fuera del Plan (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención de salud en el hogar</u> | <u>Copago</u> de \$25 por visita | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | No incluye Medicamentos Especializados de Venta con Receta. La cobertura se limita a un beneficio combinado Dentro/Fuera del Plan de 60 días. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | <u>Copago</u> de \$15 por visita | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | La cobertura se limita a un beneficio HMO/Dentro/Fuera del Plan combinado para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios de 120 días/visitas. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | <u>Copago</u> de \$15 por visita | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | La cobertura se limita a un beneficio HMO/Dentro/Fuera del Plan combinado para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios de 120 días/visitas. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | <u>Copago</u> de \$500 por día Máx. de \$1,500 por admisión | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | La cobertura se limita a 100 días. Si no se obtiene <u>autorización previa</u> , el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | <u>Equipo médico duradero (DME)</u> | <u>Copago</u> de \$100 por dispositivo o <u>coaseguro</u> del 50% | <u>Coaseguro</u> del 25% | <u>Coaseguro</u> del 50% | La compra o el alquiler queda a criterio de HPN. Las compras se limitan a un solo tipo de <u>DME</u> , que incluye su reparación y reemplazo, cada 3 años. Si no se obtiene la <u>autorización previa</u> requerida, el Miembro paga el costo de los servicios o el beneficio se reduce en un 50%. |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos</u> | <u>Copago</u> de \$200 por admisión | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Con cobertura en <u>Proveedores</u> de HMO solamente. Si no se obtiene <u>autorización previa</u> , el Miembro paga el costo de los servicios. |
| Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Es posible que su <u>plan</u> incluya ciertos servicios dentales o de la vista. Para obtener más información, consulte los documentos de su <u>plan</u> . |
| | Anteojos para niños | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Sin Cobertura | |
| | Examen dental para niños | Sin Cobertura | Sin Cobertura | Sin Cobertura | |

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.healthplanofnevada.com

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de los otros servicios excluidos).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">Abortos (excepto violaciones, incesto, cuando la vida de la persona está en riesgo)Cirugía estéticaCuidado dental (Adultos) | <ul style="list-style-type: none">Atención a largo plazoAtención de no emergencia mientras viaja fuera de los Estados UnidosCuidado rutinario de la vista (Adultos) | <ul style="list-style-type: none">Cuidado rutinario de los piesProgramas para bajar de peso |
|---|---|--|

Otros Servicios Cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">Acupuntura: 20 Visitas por año calendarioCirugía bariátrica: Una (1) vez en la vida | <ul style="list-style-type: none">Atención quiropráctica: 20 Visitas por año calendarioAparatos auditivos: Uno (1) cada tres (3) años | <ul style="list-style-type: none">Tratamiento limitado para la infertilidadEnfermería de práctica privada |
|--|--|--|

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura:

Si usted desea continuar con su cobertura una vez que esta termina, hay agencias que pueden ayudarle. Por la cobertura de salud de grupo sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan información completa sobre cómo enviar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform o con el Departamento de Seguros de Nevada al 888-872-3234 o en www.doi.nv.gov o llame al 1-800-777-1840

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima?

Sí. La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, podría ser elegible para un crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo?

Sí. Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, es posible que usted sea elegible para un crédito fiscal para la prima para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al número de teléfono de servicio al cliente que se incluye en este documento.

Tagalog (Tagalog): Para sa tulong sa Tagalog, tawagan ang numero ng serbisyo sa customer na kabilang sa dokumentong ito.

Chinese (中文): 若需要中文协助, 请拨打本文件内的客户服务电话。

Navajo (Dine): Dine k'ehji shich'i' hadoodzih ninizingo, koji' hodiilnih dine yikah 'anidaalwoji ei binumber dii naaltsoos bikaa doo.

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

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos reflejados son solamente ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que usted reciba, los precios que le cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades del costo compartido (deducibles, copagos y coaseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura sólo para el suscriptor.

| Peg va a Tener un Hijo (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital) | Controlar la Diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención dentro de la red de rutina de una condición bien controlada) | La Fractura Simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento) |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>El deducible general del plan</u> \$0.00 ■ <u>Copago por especialista</u> \$25.00 ■ <u>Copago por Hospital (establecimiento)</u> \$500.00 ■ <u>Otro copago</u> \$200.00 | <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>El deducible general del plan</u> \$0.00 ■ <u>Copago por especialista</u> \$25.00 ■ <u>Copago por Hospital (establecimiento)</u> \$200.00 ■ <u>Otro copago</u> \$10.00 | <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>El deducible general del plan</u> \$0.00 ■ <u>Copago por especialista</u> \$25.00 ■ <u>Copago por Hospital (establecimiento)</u> \$200.00 ■ <u>Otro copago</u> \$10.00 |
| Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (atención prenatal) Servicios Profesionales para el Parto Servicios en un Centro de Maternidad <u>Exámenes de diagnóstico</u> (ecografías y análisis de sangre) Visitas al <u>especialista</u> (anestesia) | Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>médico de atención primaria</u> (incluye <u>educación sobre la enfermedad</u>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (análisis de sangre) <u>Medicamentos de venta con receta</u> <u>Equipo médico duradero</u> (glucómetro) | Este EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos) <u>Examen de diagnóstico</u> (rayos X) <u>Equipo médico duradero</u> (muletas) <u>Servicios de rehabilitación</u> (fisioterapia) |
| Total de Costos del Ejemplo \$12,700.00 | Total de Costos del Ejemplo \$5,600.00 | Total de Costos del Ejemplo \$2,800.00 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | En este ejemplo, Joe pagaría: | En este ejemplo, Mia pagaría: |
| Costo Compartido | | |
| <u>Deducibles</u> \$0.00 | <u>Deducibles</u> \$0.00 | <u>Deducibles</u> \$0.00 |
| <u>Copagos</u> \$1,500.00 | <u>Copagos</u> \$700.00 | <u>Copagos</u> \$700.00 |
| <u>Coaseguro</u> \$100.00 | <u>Coaseguro</u> \$0.00 | <u>Coaseguro</u> \$20.00 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | | |
| Límites o exclusiones \$80.00 | Límites o exclusiones \$40.00 | Límites o exclusiones \$0.00 |
| Total que pagaría Peg \$1,680.00 | Total que pagaría Joe \$740.00 | Total que pagaría Mia \$720.00 |

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.

No brindamos un trato diferente a los miembros debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.

Si cree que recibió un trato injusto debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Correo: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha del suceso. Se le enviará una decisión dentro de los 30 días. Si usted no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que la reveamos.

Si necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono que figura en su Resumen de Beneficios y Cobertura.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono que figura en este Resumen de Beneficios y Cobertura.