

 El documento del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, **SBC**) le ayudará a elegir un plan de salud. El **SBC** le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención de la salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de la cobertura completos, llame al 1-800-883-2177 o visítenos en www.healthpartners.com. Consulte el Glosario para obtener definiciones generales sobre términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Puede consultar el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-883-2177 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: \$1,500 individual, \$3,000 familiar Fuera de la red: \$3,000 individual, \$6,000 familiar	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios marcados con * y los beneficios sin cargo en la sección “Lo que usted pagará” no están sujetos al <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos servicios preventivos sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los servicios de prevención cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$3,000 individual, \$6,000 familiar Fuera de la red: \$6,000 individual, \$12,000 familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el costo más alto que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general familiar.
¿Qué es lo que no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	La <u>prima</u> , los cargos por saldo facturado (salvo que la <u>facturación de saldo</u> esté prohibida) y la atención de la salud que no está cubierta por este <u>plan</u> .	Aunque usted paga estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite www.healthpartners.com/OpenAccess o llame al 1-800-883-2177 para consultar una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red del plan</u> . Pagará el costo más alto 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 impuesto por el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Es necesario que sea <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin ser <u>referido</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla se aplican después de que haya alcanzado su deducible, en caso de que se aplique un deducible.

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (usted pagará el costo mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (usted pagará el costo más alto)	
Si visita el consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Visita al consultorio: 20 % de <u>coseguro</u> Atención primaria: 20 % de <u>coseguro</u> Virtuwell: Sin cargo	Visita al consultorio: 40 % de <u>coseguro</u> Atención primaria: 40 % de <u>coseguro</u> Virtuwell: Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/</u> <u>controles de detección/</u> vacunas	Sin cargo	Sin cargo	Es posible que deba pagar por los servicios que no son de atención preventiva. Consulte a su <u>proveedor</u> sobre si los servicios que necesita son de atención preventiva. Luego verifique qué pagará su <u>plan</u> .
Si se hace una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [Computerized Tomography, CT]/tomografía por emisión de positrones [Positron Emission Tomography, PET], imágenes por resonancia magnética [Magnetic Resonance Imaging, MRI])	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el costo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el costo más alto)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay disponible más información acerca de la <u>cobertura de los medicamentos recetados</u> en www.healthpartners.com/hp/pharmacy/druglist/preferredrx/index.html	Medicamentos genéricos	<u>Incluido en el formulario:</u> \$15 de <u>copago*</u> en comercios minoristas, \$30 de <u>copago*</u> en pedidos por correo No incluidos en el formulario: Sin cobertura	<u>Incluido en el formulario:</u> 40 % de <u>coseguro</u> en comercios minoristas y los pedidos por correo no están cubiertos No incluidos en el formulario: Sin cobertura	Hasta 34 días de suministro en comercios minoristas; pedidos por correo de suministro para 90 días; suministro de 90 días en comercios minoristas por 2 copagos
	Medicamentos de marca incluidos en el formulario	\$15 de <u>copago*</u> en comercios minoristas, \$30 de <u>copago*</u> en pedidos por correo		
	Medicamentos de marca no incluidos en el formulario	Sin cobertura		
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	\$15 de <u>copago*</u>	40 % de <u>coseguro</u> en comercios minoristas; los pedidos por correo no están cubiertos	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargos del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de la salud inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Los servicios fuera de la red se aplican al deducible dentro de la red
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Los servicios fuera de la red se aplican al deducible dentro de la red
	<u>Atención de urgencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Los servicios fuera de la red se aplican al deducible dentro de la red
Si necesita permanecer en un hospital	Cargos del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el costo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el costo más alto)	
Si necesita servicios relacionados con la salud mental, la salud del comportamiento o el trastorno por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios de internación	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Prenatal: Sin cargo Posnatal: 40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios de centros de nacimiento/parto	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención de la salud en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Dentro de la red: 120 visitas como máximo; fuera de la red: 60 visitas como máximo
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Fuera de la red: límite de 20 visitas/año
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Fuera de la red: límite de 20 visitas/año
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	120 días como máximo
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Limitado a una peluca por año para la alopecia areata
	<u>Servicios en centros de cuidados paliativos</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que, en general, su plan NO cubre (consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Atención podológica de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa; consulte su documento del plan).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención que no es de emergencia fuera de los EE. UU.
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)

Su derecho de continuar la cobertura: existen organismos que le pueden brindar ayuda si usted desea continuar su cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estos organismos es la siguiente: Su plan al: 1-800-883-2177, o lo siguiente: MN Dept of Health (Departamento de Salud de Minnesota) al 651-201-5100/1-800-657-3916 o al MN Dept of Commerce (Departamento de Comercio de Minnesota) al 651-539-1600/1-800-657-3602 para el departamento de seguros estatal o el Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro para la información al consumidor y supervisión de seguros), llamando al 1-877-267-2323, extensión 61565 o en www.cciio.cms.gov. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted también, lo que incluye la compra de cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentar reclamos y de apelar: existen organismos que pueden ayudarle si tiene una queja sobre su plan debido al rechazo de una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también brindan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo en relación con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o esta notificación, u obtener asistencia, comuníquese con: Su plan al: 1-800-883-2177, o lo siguiente: MN Department of Health llamando al 651-201-5100/1-800-657-3916 o MN Department of Commerce llamando al 651-539-1600/1-800-657-3602 para comunicarse con el departamento de seguros de su estado.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye plan, seguro de salud disponible a través del mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otro tipo de cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que usted sea elegible para obtener un crédito fiscal para la prima a fin de ayudarle a pagar un plan a través del mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-398-9119.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-883-2177.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-883-2177.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-883-2177.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted puede pagar en virtud de los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan es \$1,500
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (centro) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de centros de nacimiento/parto
Análisis de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$3,060

Control 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 es \$1,500
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (centro) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*lo que incluye educación sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$70
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es de	\$1,890

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan es \$1,500
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (centro) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencias (*lo que incluye los suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$1,810