



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-883-2177 o visítenos en www.healthpartners.com. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-883-2177 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ? | Dentro de la red: \$1,500 por individuo y \$3,000 por familia. Fuera de la red: \$3,000 por individuo y \$6,000 por familia. | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. Los servicios marcados con un * en Lo que usted pagará y los beneficios sin cargo no están sujetos al <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos servicios preventivos sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Dentro de la red: \$3,000 por individuo y \$6,000 por familia. Fuera de la red: \$6,000 por individuo y \$12,000 por familia. | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por facturación de saldo (a menos que la <u>facturación de saldo</u> esté prohibida) y los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red? | Sí. Vea www.healthpartners.com/OpenAccess o llame al 1-800-883-2177 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No. | Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>derivación</u> . |

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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Visita al consultorio: 20% de <u>coseguro</u> Atención de conveniencia: 20% de <u>coseguro</u> Virtuwell: Sin cargo | Visita al consultorio: 40% de <u>coseguro</u> Atención de conveniencia: 40% de <u>coseguro</u> Virtuwell: Sin cobertura | Ninguna. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin cargo | Sin cargo | Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.healthpartners.com/hp/pharmacy/druglist/preferredrx/index.html | Medicamentos genéricos | Incluidos en el <u>formulario</u> : \$15 de <u>copago*</u> por venta minorista, \$30 de <u>copago*</u> por pedido por correo No incluidos en el formulario: Sin cobertura | Incluidos en el <u>formulario</u> : 40% de <u>coseguro</u> por venta minorista; pedido por correo no cubierto No incluidos en el formulario: Sin cobertura | Suministro de hasta 34 días por venta minorista; suministro de 90 días por pedido por correo; suministro de 90 días por venta minorista por 2 copagos |
| | Medicamentos de marca incluidos en el formulario | \$15 de <u>copago*</u> por venta minorista, \$30 de <u>copago*</u> por pedido 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> por venta minorista, sin cobertura por pedido por correo | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| Si necesita atención médica 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 hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | Tarifas del médico/cirujano | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Atención prenatal: Sin cargo Posparto: 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Dentro de la red: un máximo de 120 visitas; fuera de la red: un máximo de 60 visitas |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Fuera de la red: límite de 20 visitas por año |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Fuera de la red: límite de 20 visitas por año |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Máximo de 120 días. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura | Ninguna. |
| Si su hijo necesita servicios dentales 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 su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Atención de los pies 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 el documento del plan).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: su plan al 1-800-883-2177, o los siguientes departamentos: Departamento de Salud de MN al 651-201-5100/1-800-657-3916 o Departamento de Comercio de MN al 651-539-1600/1-800-657-3602 para el Departamento Estatal de Seguros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323, ext. 61565, o en www.cciio.cms.gov. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con su plan al 1-800-883-2177 o con los siguientes departamentos: Departamento de Salud de MN al 651-201-5100/1-800-657-3916 o Departamento de Comercio de MN al 651-539-1600/1-800-657-3602 para el Departamento Estatal de Seguros.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

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

Servicio de acceso a idiomas:

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

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

Chino (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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.*—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé

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

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

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un especialista (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costos compartidos</u> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$1,500 |
| <u>Copagos</u> | \$0 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,500 |
| <u>Lo que no está cubierto</u> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$3,000 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

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

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades)

Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <u>Costos compartidos</u> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$1,500 |
| <u>Copagos</u> | \$300 |
| <u>Coseguro</u> | \$70 |
| <u>Lo que no está cubierto</u> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$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 \$1,500
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)

Exámenes de diagnóstico (radiografías)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

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