



## Navigate Plan



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura refleja cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de las condiciones completas de la cobertura, envíe un correo electrónico a [corp-benefits@pyramidglobal.com](mailto:corp-benefits@pyramidglobal.com). Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, tales como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-844-333-7930 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes                                                      | Respuestas                                                                                                                                                                                                       | Por Qué Esto Es Importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                      | <u>Dentro de la red</u> : \$1,500 individual/\$4,500 familiar<br><u>Fuera de la red</u> : Sin cobertura                                                                                                          | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares inscritos en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.                                                                                                                                                                                                |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?  | Sí. Los servicios para el <u>cuidado preventivo</u> y para el cuidado primario con <u>copago</u> y para farmacia están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .                                | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</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>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>                                                                        |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?                    | No, no hay otros <u>deducibles</u> .                                                                                                                                                                             | Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Para <u>proveedores de la red</u> : \$5,000 individual/\$10,000 familiar por cada año calendario/Se combinan los gastos médicos y de farmacia.<br>Para <u>proveedores</u> fuera de la <u>red</u> : Sin cobertura | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?       | <u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> , cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre.                                                                                                      | Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar los <u>gastos de su bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                       | Sí. Visite <a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a> o llame al 1-844-333-7930 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .                                                                   | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará el 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 lo que cobra el <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 (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?  | Sí. Se requiere aprobación para consultar a un <u>especialista</u> .                                                                                                                                             | Este <u>plan</u> pagará la totalidad o parte de los costos de los servicios cubiertos prestados por un <u>especialista</u> , pero solo si usted tiene una <u>referencia</u> antes de consultar al <u>especialista</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que usted haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

| Evento Médico Común                                                                  | Servicios que Podría Necesitar                                                                                                               | Lo que Pagará Usted                                                     |                                                       | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                                                                                                              | Proveedor de la Red<br>(Usted pagará el mínimo)                         | Proveedor Fuera de la Red<br>(Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Si visita una clínica o el consultorio de un <b>proveedor de cuidado de la salud</b> | Visita al <b>proveedor</b> de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad                                                           | \$10 de <b>copago</b> por cada visita, no se aplica el <b>deducible</b> | Sin cobertura                                         | Visitas virtuales - Dentro de la <b>red</b> \$10 de <b>copago</b> , no se aplica el <b>deducible</b> por un <b>proveedor de la red</b> designado para visitas virtuales. Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <b>copagos</b> , <b>deducibles</b> o <b>coseguros</b> adicionales. Sin cobertura para visitas virtuales fuera de la <b>red</b> . |
|                                                                                      | Visita a un <b>especialista</b>                                                                                                              | \$50 de <b>copago</b> por cada visita, no se aplica el <b>deducible</b> | Sin cobertura                                         | Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <b>copagos</b> , <b>deducibles</b> o <b>coseguros</b> adicionales.                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                      | <b>Cuidado preventivo/ pruebas de detección/ vacunas</b>                                                                                     | Sin cargo, no se aplica el <b>deducible</b>                             | Sin cobertura                                         | Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no sean <b>preventivos</b> . Pregúntele a su <b>proveedor</b> si los servicios que usted necesita son <b>preventivos</b> . Luego verifique lo que pagará su <b>plan</b> .                                                                                                                                                       |
| Si le realizan un examen                                                             | <b>Prueba de diagnóstico</b> (radiografía, análisis de sangre)                                                                               | 10% de <b>coseguro</b>                                                  | Sin cobertura                                         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                      | Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | 10% de <b>coseguro</b>                                                  | Sin cobertura                                         | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Evento Médico Común                                                                                                                                                                                                     | Servicios que Podría Necesitar                                        | Lo que Pagará Usted                                                                                                                 |                                                              | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | <u>Proveedor de la Red</u><br>(Usted pagará el mínimo)                                                                              | <u>Proveedor Fuera de la Red</u><br>(Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br><b>Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta, visite <a href="http://www.optumrx.com">www.optumrx.com</a></b> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                      | Farmacia minorista:<br>\$10 de <u>copago</u><br>Farmacia de pedidos por correo: \$20 de <u>copago</u>                               | Sin cobertura                                                | Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamento con receta en farmacia minorista); un suministro de 90 días (medicamento con receta en farmacia de pedidos por correo).                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                         | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                            | Farmacia minorista:<br>\$45 de <u>copago</u><br>Farmacia de pedidos por correo: \$90 de <u>copago</u>                               | Sin cobertura                                                | Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamento con receta en farmacia minorista); un suministro de 90 días (medicamento con receta en farmacia de pedidos por correo).                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                         | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                         | Farmacia minorista:<br>\$65 de <u>copago</u><br>Farmacia de pedidos por correo: \$130 de <u>copago</u>                              | Sin cobertura                                                | Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamento con receta en farmacia minorista); un suministro de 90 días (medicamento con receta en farmacia de pedidos por correo).                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                         | <u>Medicamentos de especialidad</u> (Nivel 4)                         | Farmacia minorista:<br>Se paga según lo indicado anteriormente<br>Farmacia de pedidos por correo: Sin cobertura                     | Sin cobertura                                                | Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamento con receta en farmacia minorista); la farmacia de pedidos por correo no tiene cobertura.                                                                                                                                            |
| <b>Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                           | Tarifa del centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 10% de <u>coseguro</u>                                                                                                              | Sin cobertura                                                | Con cobertura total para ciertas cirugías cuando se usa un <u>proveedor</u> de Lantern Surgery Care. Ciertas cirugías se deben realizar con un <u>proveedor</u> de Lantern Surgery Care para que tengan cobertura*.                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                         | Honorarios del médico/cirujano                                        | 10% de <u>coseguro</u>                                                                                                              | Sin cobertura                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                            | <u>Cuidado en la sala de emergencias</u>                              | 10% de <u>coseguro</u>                                                                                                              | 10% de <u>coseguro</u>                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                         | <u>Transporte médico de emergencia</u>                                | 10% de <u>coseguro</u>                                                                                                              | 10% de <u>coseguro</u>                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                         | <u>Cuidado de urgencia</u>                                            | \$50 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>                                                             | Sin cobertura                                                | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>En caso de una estadía en el hospital</b>                                                                                                                                                                            | Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)        | 10% de <u>coseguro</u>                                                                                                              | Sin cobertura                                                | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                         | Honorarios del médico/cirujano                                        | 10% de <u>coseguro</u>                                                                                                              | Sin cobertura                                                | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, servicios de salud del comportamiento o servicios para el abuso de sustancias</b>                                                                                             | Servicios para pacientes ambulatorios                                 | \$10 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u><br><br>10% de <u>coseguro</u> por todos los demás servicios | Sin cobertura                                                | <u>Hospitalización</u> Parcial/Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios 10% después del <u>deducible</u> del <u>plan</u> dentro de la <u>red</u> , y Terapia Conductual Intensiva (Análisis Conductual Aplicado [Applied Behavior Analysis, ABA]) 10% sin <u>deducible</u> . |
|                                                                                                                                                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                               | 10% de <u>coseguro</u>                                                                                                              | Sin cobertura                                                | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Evento Médico Común                                                              | Servicios que Podría Necesitar                        | Lo que Pagará Usted                                                                     |                                                              | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                  |                                                       | <u>Proveedor de la Red</u><br>(Usted pagará el mínimo)                                  | <u>Proveedor Fuera de la Red</u><br>(Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si está embarazada                                                               | Visitas al consultorio                                | \$10 de <u>copago</u> por la visita inicial solamente, no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura                                                | Se requiere <u>preautorización</u> para estadías como paciente hospitalizada fuera de la <u>red</u> que excedan las 48 horas para un parto normal o 96 horas para una cesárea, o se aplican \$250 de multa. No se aplica un <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . El cuidado de maternidad podría incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, ecografía). |
|                                                                                  | Servicios profesionales para el parto                 | 10% de <u>coseguro</u>                                                                  | Sin cobertura                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                  | Servicios del centro para el parto                    | 10% de <u>coseguro</u>                                                                  | Sin cobertura                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u>       | 10% de <u>coseguro</u>                                                                  | Sin cobertura                                                | Se limita a 120 visitas por cada año calendario para <u>cuidado de asistencia médica a domicilio</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                  | <u>Servicios de rehabilitación</u>                    | \$25 de <u>copago</u> por cada visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u>  | Sin cobertura                                                | Se aplica un límite de 100 visitas combinadas por cada año calendario para fisioterapia y terapia ocupacional. La terapia de rehabilitación cognitiva está incluida en el beneficio de terapia ocupacional. El límite de visitas no se aplica a los miembros con diagnósticos conductuales.                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                  | <u>Servicios de habilitación</u>                      | \$25 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>                 | Sin cobertura                                                | Los <u>Servicios de habilitación</u> se prestan en conformidad con los <u>Servicios de rehabilitación</u> mencionados anteriormente, y los límites se combinan con los de estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                  | <u>Cuidado de enfermería especializada</u>            | 10% de <u>coseguro</u>                                                                  | Sin cobertura                                                | Se limita a 120 días por cada año calendario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | <u>Equipo médico duradero</u>                         | 10% de <u>coseguro</u>                                                                  | Sin cobertura                                                | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                  | <u>Servicios de cuidados para enfermos terminales</u> | 10% de <u>coseguro</u>                                                                  | Sin cobertura                                                | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista                                 | Examen de la vista para niños                         | \$50 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>                 |                                                              | Una vez cada 24 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                  | Anteojos para niños                                   | Sin cobertura                                                                           | Sin cobertura                                                | Los anteojos para niños no están cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                  | Examen dental para niños                              | Sin cobertura                                                                           | Sin cobertura                                                | El examen dental para niños no está cubierto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

| Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> , consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> .)                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                              |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía estética</li><li>• Cuidado dental (adultos)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado a largo plazo</li><li>• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de enfermería privada</li><li>• Cuidado de los pies de rutina</li></ul> |
| Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u> .)                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Examen de la vista de rutina para adultos (por ejemplo, refracción)</li><li>• *Los procedimientos de cirugía bariátrica, de columna vertebral y de articulaciones se ofrecen exclusivamente a través de Lantern. Si desea más información, comuníquese con Lantern directamente al (844) 752-6168.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado quiropráctico</li><li>• Aparatos auditivos</li></ul>                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Programas de control de peso</li></ul>   |

**Sus Derechos a Continuar con la Cobertura:** Si usted desea continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Es posible que usted también disponga de otras opciones de cobertura, por ejemplo, comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov/](http://www.HealthCare.gov/) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan sobre la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación, o una queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con: el 1-844-333-7930 o visite [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com), o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

#### **¿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, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no cumpla los requisitos para el crédito fiscal para la prima.

#### **¿Este plan cumple las Normas de Valor Mínimo? Sí**

Si su plan no cumple las Normas de Valor Mínimo, es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un crédito fiscal para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

#### **Servicios de Acceso en Otros Idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-333-7930.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-333-7930.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-333-7930.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-844-333-7930 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-333-7930.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-844-333-7930.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-844-333-7930.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, a'gang 1-844-333-7930.

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



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

| Peg Tendrá un Bebé<br>(9 meses de cuidado prenatal y parto en el hospital dentro de la <u>red</u> )                                                                                                                                                                                                                                               |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,500  |
| ■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$50     |
| ■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10%      |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10%      |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas al consultorio de un <u>especialista</u> ( <i>cuidado prenatal</i> )<br>Servicios profesionales para el parto<br>Servicios del centro para el parto<br><u>Pruebas de diagnóstico</u> ( <i>ecografías y análisis de sangre</i> )<br>Visita a un <u>especialista</u> ( <i>anestesia</i> ) |          |
| Ejemplo de Costo Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |
| <u>Costo compartido</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |
| <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$1,500  |
| <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$10     |
| <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,100  |
| <u>Qué no está cubierto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |
| Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$60     |
| Total que pagaría Peg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$2,670  |

| Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe<br>(un año de cuidado de rutina dentro de la <u>red</u> de una enfermedad bien controlada)                                                                                                                                                                                                                |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$1,500 |
| ■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$50    |
| ■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10%     |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas al consultorio de un <u>médico de cuidado primario</u> ( <i>incluye información educativa sobre la enfermedad</i> )<br><u>Pruebas de diagnóstico</u> ( <i>análisis de sangre</i> )<br><u>Medicamentos con receta</u><br><u>Equipo médico duradero</u> ( <i>medidor de glucosa</i> ) |         |
| Ejemplo de Costo Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$5,600 |
| En este ejemplo, Joe pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |
| <u>Costo compartido</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |
| <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$100   |
| <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$1,100 |
| <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$0     |
| <u>Qué no está cubierto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |
| Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$20    |
| Total que pagaría Joe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$1,220 |

| Fractura Simple de Mia<br>(visita a la sala de emergencias y cuidado médico de seguimiento dentro de la <u>red</u> )                                                                                                                                                                                       |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                              | \$1,500 |
| ■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$50    |
| ■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)                                                                                                                                                                                                                                                                 | 10%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 10%     |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br><u>Cuidado en la sala de emergencias</u> ( <i>incluye suministros médicos</i> )<br><u>Prueba de diagnóstico</u> ( <i>radiografía</i> )<br><u>Equipo médico duradero</u> ( <i>muletas</i> )<br><u>Servicios de rehabilitación</u> ( <i>fisioterapia</i> ) |         |
| Ejemplo de Costo Total                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mia pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |
| <u>Costo compartido</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |
| <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$1,500 |
| <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$300   |
| <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$60    |
| <u>Qué no está cubierto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |
| Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0     |
| Total que pagaría Mia                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$1,860 |

No tratamos a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad ni origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

**Por Internet:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

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

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número gratuito que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

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

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

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

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

**Por 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 que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

**ATENCIÓN:** Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

**請注意：**如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

**XIN LUU Ý:** Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

**알림:** 한국어 (**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서 (Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

**ВНИМАНИЕ:** бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l’**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 **(Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកក់នៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqòdí Naaltsoos Bee 'Aa'ahayání dóo Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).