



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC indica cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame a su Coupe Valet al 1-833-749-1969 o visítenos en coupehealth.com. Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro después del deducible general](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-833-749-1969 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas		Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	Nivel 1-3 Dentro de la red \$0	Nivel 4 Fuera de la red \$0	No hay deducible general para este plan.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Sí. No hay deducible general por año calendario	Nivel 4 Fuera de la red Sí. No hay un deducible general por año calendario	No hay deducible general para este plan. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No		No tiene que alcanzar un deducible por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Empleado \$2,000 Familiar \$4,000	Nivel 4 Fuera de la red Ilimitado	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo familiar total. Se aplica el límite de gastos de bolsillo para los niveles 1, 2 y 3.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos de facturación del saldo , la atención médica que este plan no cubre, los costos compartidos para la mayoría de los beneficios fuera de la red y las penalizaciones por falta de certificación previa.		Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite coupehealth.com o llame al 1-833-708-0438 para obtener una lista de proveedor dentro de la red .		Este plan usa una red de proveedor . Pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si usa un proveedor dentro de la red , y es posible que reciba la factura de un proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan pagaría (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar a un proveedor dentro de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No		Puede ver al especialista que elija sin una remisión .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) de este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$15 de copago	\$25 de copago	\$40 de copago	No está cubierto	Doctor on Demand \$0 de copago ; se exige certificación previa para algunos medicamentos administrados por el proveedor ; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles
	Visita a un especialista	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	
	Atención preventiva/ examen médico/ vacunas	Sin cargo			No está cubierto	Llame a su valet de Coupe Health al 1-833-749-1969. Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagaría.
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$50 de copago (análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico)	\$65 de copago (análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico)	\$110 de copago (análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico)	No está cubierto	El cargo indicado incluye los cargos del centro y los médicos ; se puede exigir certificación previa para algunos servicios; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles; análisis de laboratorio de rutina cubiertos de nivel 1 \$10, de nivel 2 \$15 y de nivel 3 \$25 sin deducible general
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$170 de copago	\$230 de copago	\$380 de copago	No está cubierto	Se exige certificación previa para sistema avanzado de diagnóstico por imágenes; si no se obtiene certificación previa, no habrá beneficios disponibles
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$5 de copago (farmacia) \$15 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	Se exige certificación previa para medicamentos específicos; si no se obtiene certificación previa, no habrá beneficios disponibles; los beneficios indicados son para un suministro para 30 días en farmacias y un suministro para 90 días por correo; se permite un suministro para
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)	\$15 de copago (farmacia) \$45 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Puede encontrar más información sobre cobertura de medicamentos con receta en coupehealth.com	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	\$15 de copago (farmacia) \$45 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	31-90 días de medicamentos de mantenimiento en farmacias con un copago por cada suministro para 30 días; los medicamentos especializados solo están disponibles para un suministro para 30 días de un proveedor participante de medicamentos especializados de la red
	Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	\$25 de copago (farmacia) \$75 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	
	Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	\$30 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$550 de copago	\$740 de copago	\$1,235 de copago	No está cubierto	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y los médicos asociados a servicios ambulatorios y quirúrgicos; se puede exigir una certificación previa; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles
	Cargos del médico/cirujano	Sin cargo			No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	El cargo del cargo indicado incluye los cargos del centro y los médicos asociados a los servicios de emergencias médicas; Los servicios se aplican a los niveles 1-3 del límite de gastos de bolsillo
	Transporte médico de emergencia	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	Los servicios se aplican a los niveles 1-3 del límite de gastos de bolsillo
	Atención de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$1,035 de copago	\$1,380 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y los médicos asociados a los servicios para pacientes hospitalizados; se exige una certificación previa; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles
	Cargos del médico/cirujano	Sin cargo			No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 de copago	\$25 de copago	\$40 de copago	No está cubierto	Los beneficios indicados para pacientes ambulatorios son servicios de visitas en el consultorio del médico; hay beneficios adicionales disponibles; el cargo del centro indicado para servicios para pacientes hospitalizados incluye centros y médicos; se exige certificación previa para servicios intensivos para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial, hospitalización total; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$1,035 de copago	\$1,380 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo			No está cubierto	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, podría aplicarse un copago , un coseguro o un deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ecografía); el cargo del centro indicado incluye los servicios del centro y los médicos asociados a los servicios de maternidad; se exige certificación para algunos servicios para pacientes hospitalizados; si no se obtiene certificación previa, no habrá beneficios disponibles Después del parto, un recién nacido no genera un copago aparte si se trata de una estancia de bebé sano. Si se trata de una estancia en la NICU o de una estancia de un recién nacido enfermo, habrá un copago
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Sin cargo			No está cubierto	
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	\$1,035 de copago	\$1,380 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
						aparte para pacientes hospitalizados y la fecha del servicio generalmente es la fecha de inicio en la NICU.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en casa	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	Se puede exigir una certificación previa. Si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles; los beneficios también están disponibles para los servicios de infusión en casa.
	Servicios de rehabilitación	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de habilitación	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)	Atención de enfermería especializada	\$930 de copago	\$1,240 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	Limitado a 120 días por miembro por año calendario; se exige certificación previa; si no se obtiene certificación previa, no habrá beneficios disponibles
	Equipo médico duradero	\$75 de copago	\$100 de copago	\$170 de copago	No está cubierto	Pelucas limitadas a una por miembro por año calendario para servicios relacionados con la alopecia y el cáncer; se puede exigir una certificación previa; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles
	Servicios de hospicio	\$185 de copago	\$245 de copago	\$410 de copago	No está cubierto	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo			No está cubierto	Llame a su valet de Coupe Health al 1-833-749-1969
	Anteojos para niños	No está cubierto				No está cubierto; el miembro paga el 100%
	Control dental para niños	No está cubierto				Llame a su valet de Coupe Health al 1-833-749-1969

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#), por lo general, NO cubre (lea la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía cosmética
- Atención de largo plazo
- Cuidado de los pies de rutina
- Atención dental (adulto)
- Programas para bajar de peso
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (limitada a un máximo de 20 visitas por miembro por año calendario únicamente para categorías de diagnóstico de la póliza médica)
- Tratamiento de infertilidad (limitado a un máximo combinado de servicios médicos y medicamentos con receta de por vida de \$25,000)
- Aparatos auditivos (se aplican limitaciones)
- Cirugía bariátrica
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Atención con un quiropráctico

Su derecho a mantener la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor), llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>. También puede llamar al administrador de su [plan](#) al número de teléfono que figura en su manual de beneficios. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el [Mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con El administrador de su plan, llamando al número de teléfono que está en su manual de beneficios. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU., llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>.

¿Da este [plan](#) cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado de seguros](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), puede que no sea elegible para recibir el [crédito fiscal por las primas](#).

¿Cumple este [plan](#) el estándar de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple el [estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal por las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado de seguros](#).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([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 dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta 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 un hospital)

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago por hospital (centro)	\$1,035
■ Otro copago	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios del centro para el parto/nacimiento

[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,600
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$1,660
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago por hospital (centro)	\$1,035
■ Otro copago	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluyendo educación sobre enfermedades)

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$40
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es	\$740
------------------------------------	--------------

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago por hospital (centro)	\$1,035
■ Otro copago	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluyendo 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:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$1,300
------------------------------------	----------------

Nota: Estas cantidades son para pacientes que no participan en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con coupehealth.com.