



Core DOZH / 2V

Cobertura para: Familia | Tipo de Plan: PS1



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 obtener una copia de las condiciones completas de la cobertura, llame al 1-866-633-2446 o visite [welcometouhc.com](http://welcometouhc.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 1-866-487-2365 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> : \$3,000 individual/\$6,000 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$5,000 individual/\$10,000 familiar Por cada año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted 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 <u>gastos deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>Servicios para el Cuidado Preventivo</u> y las categorías con <u>copago</u> 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> anual. Sin embargo, se podría 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="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$6,000 individual/\$12,000 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$10,000 individual/\$20,000 familiar Por cada año calendario.	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 y multas por no obtener <u>preautorización</u> para recibir servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de 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 1-866-633-2446 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Usted pagará el mínimo si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> designada. Usted pagará más si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> . 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). Verifíquelo con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</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 (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará el máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de cuidado de la salud	Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Menores de 19 años - Las visitas <u>dentro de la red</u> están cubiertas sin cargo. Visitas virtuales - Sin cargo por visita a un <u>proveedor de la red</u> designado para visitas virtuales. El costo compartido por visita al consultorio se aplica a cualquier otro servicio de Telesalud según el tipo de <u>proveedor</u> . Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se podrían aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; por ejemplo, por cirugía.
	<u>Visita a un especialista</u>	<u>Red designada:</u> \$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u> <u>Dentro de la red:</u> \$60 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se podrían aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; por ejemplo, por cirugía.
	<u>Cuidado preventivo/ pruebas de detección/ vacunas</u>	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si le realizan un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios <u>fuera de la red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com).

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> , visite <a href="http://welcometouhc.com">welcometouhc.com</a>	Nivel 1 - Su opción de mínimo costo	Farmacia minorista: \$10 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia de pedidos por correo: \$25 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia minorista: \$10 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	A los efectos de esta sección, <u>proveedor</u> significa farmacia. Farmacia minorista: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia de pedidos por correo: Un suministro de hasta 90 días o farmacia minorista preferida de la <u>red</u> para suministros de 90 días. Es posible que necesite obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> , de una farmacia que designemos. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de <u>preautorización</u> ; sin esta, es posible que estén sujetos a un costo mayor. Si usa una farmacia <u>fuera de la red</u> (incluida una farmacia de pedidos por correo), usted podría ser responsable de cualquier cantidad que exceda la <u>cantidad permitida</u> . Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) y la Lista de Medicamentos con Costo Compartido de Cero están cubiertos sin cargo. Visite el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su <u>plan</u> . No todos los medicamentos están cubiertos. Es posible que deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados.
	Nivel 2 - Su opción de costo medio	Farmacia minorista: \$35 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia de pedidos por correo: \$87.50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia minorista: \$35 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	
	Nivel 3 - Su opción de costo medio	Farmacia minorista: \$60 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia de pedidos por correo: \$150 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia minorista: \$60 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	
	Nivel 4 - Su opción de máximo costo	No corresponde	No corresponde	
<b>Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios</b>	Tarifa del centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios <u>fuera de la red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	\$250 de <u>copago</u> por cada visita, luego 20% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	\$250 de <u>copago</u> por cada visita, luego 20% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	20% de <u>coseguro</u>	*20% de <u>coseguro</u>	*Se aplica el <u>deducible dentro de la red</u> .
	Cuidado de urgencia	\$50 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, servicios de salud del comportamiento o servicios para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Todos los demás <u>dentro de la red</u> : 0% de <u>coseguro</u> . Consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para obtener más información sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP).
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor. Consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para obtener más información sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado (EAP).
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> .
	Servicios profesionales para el parto	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Según el tipo de servicio, se podría 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 del centro para el parto	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se aplica el requisito de <u>preautorización</u> para pacientes hospitalizadas para recibir servicios fuera de la red si la estadía excede 48 horas (96 horas para una cesárea) o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com).

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límites por cada año calendario: rehabilitación cardíaca: 36 visitas; rehabilitación pulmonar: 20 visitas; fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla: Número ilimitado.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los servicios se prestan según los <u>Servicios de rehabilitación</u> mencionados anteriormente. No se aplican límites a hijos menores de 19 años ni a servicios para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista para hijos menores de 21 años.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se limitan a 60 días por cada año calendario, combinados con la rehabilitación para pacientes hospitalizados. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Cubre 1 por cada tipo de Equipo Médico Duradero (incluye reparación o reemplazo) cada 3 años. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir Equipo Médico Duradero <u>fuera de la red</u> que exceda los \$1,000 o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados paliativos o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> o a \$1,000, lo que sea menor.
<b>Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para exámenes de la vista para niños.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para anteojos para niños.
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para exámenes dentales para niños.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com).

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

**Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos, consulte el documento de su póliza o plan.)**

- |                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| • Acupuntura         | • Anteojos   | • Cuidado de la vista de rutina  |
| • Cirugía bariátrica | • Cuidado a largo plazo  | • Cuidado de los pies de rutina - Excepto que esté cubierto para la diabetes |
| • Cirugía estética   | • Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos | • Programas de control de peso   |
| • Cuidado dental     | • Servicios de enfermería privada  |  |

**Otros Servicios Cubiertos (Se podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)**

- |   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| • Cuidado quiropráctico (manipulativo) - 20 visitas por cada año calendario | • Aparatos auditivos | • Tratamiento de la infertilidad - Se podrían aplicar límites de ciclos |
|---|----------------------|---|

**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 de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También es posible que usted 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, este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con: el número de teléfono de Servicio al Cliente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID o en [myuhc.com](http://myuhc.com); con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform); o con el Departamento de Seguros de Illinois al 1-866-445-5364 o en [insurance.illinois.gov](http://insurance.illinois.gov).

### ¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible 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 con las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con 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 1-866-633-2446.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-633-2446.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-866-633-2446.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-633-2446.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-866-633-2446 uff.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numeru telefoni 1-866-633-2446.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-633-2446.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, a'gang 1-866-633-2446.

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

## Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos mencionados 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 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

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,000
■ <u>Copago por especialista</u>	\$30
■ <u>Coseguro por el hospital (centro)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto  
 Servicios del centro para el parto  
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

##### Costo compartido

<u>Deducibles</u>	<b>\$3,000</b>
<u>Copagos</u>	<b>\$10</b>
<u>Coseguro</u>	<b>\$1,400</b>

##### Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	<b>\$60</b>
-----------------------	-------------

<b>Total que pagaría Peg</b>	<b>\$4,470</b>
------------------------------	----------------

### Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,000
■ <u>Copago por especialista</u>	\$30
■ <u>Coseguro por el hospital (centro)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

##### Costo compartido

<u>Deducibles</u>	<b>\$200</b>
<u>Copagos</u>	<b>\$400</b>
<u>Coseguro</u>	<b>\$0</b>

##### Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	<b>\$0</b>
-----------------------	------------

<b>Total que pagaría Joe</b>	<b>\$600</b>
------------------------------	--------------

### Fractura Simple de Mia

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,000
■ <u>Copago por especialista</u>	\$30
■ <u>Coseguro por el hospital (centro)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

##### Costo compartido

<u>Deducibles</u>	<b>\$1,200</b>
<u>Copagos</u>	<b>\$400</b>
<u>Coseguro</u>	<b>\$200</b>

##### Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	<b>\$0</b>
-----------------------	------------

<b>Total que pagaría Mia</b>	<b>\$1,800</b>
------------------------------	----------------

El plan sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

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)

**Correo Postal:** 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 (Summary of Benefits and Coverage, 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, 1-800-537-7697 (TDD)

**Correo Postal:** 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 comunique 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 (Summary of Benefits and Coverage, 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 ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍និងការរ៉ាប់រង (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 yánit'i'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béésh 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).