



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. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-877-280-5600 o visítenos en [Member Handbook Link]. Consulte el glosario para conocer las definiciones generales de algunos términos frecuentes como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos que aparezcan subrayados. Puede consultar el glosario en www.GlobalHealth.com/uniformglossary o llamar al 1-877-280-5600 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	\$0	Consulte más abajo la tabla de Circunstancia médica común para saber qué costos de servicios cubre este plan .
¿Hay servicios que están cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de que alcance un deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$4,000 por miembro individual o \$12,000 por familia.	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 , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos de la facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red , visite www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-5600.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor de la red de centros preferidos. Pagará más si acude a un proveedor de la red de centros no preferidos. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para que lo atienda un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una remisión antes de ver al especialista .

 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	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita a su médico de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Sin cargo.	No está cubierto	Ninguno
	Visita con un especialista	\$50 de copago por visita. Atención quiropráctica: \$25 de copago por visita. Cuidado de los pies: \$20 de copago por visita.	No está cubierto	Se requieren remisión y preautorización , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Atención quiropráctica: Límite de 15 visitas por año del plan .
	Atención preventiva/examen médico/vacunas	Sin cargo.	No está cubierto	*Vea la sección de Beneficios de atención preventiva . Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si tiene que hacerse un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$10 de copago por visita.	No está cubierto	Ninguno
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Consulta al PCP (médico de atención primaria): Sin cargo. Visita con un especialista Sin cargo. Centro preferido: \$250 de copago por estudio. Centro no preferido: \$750 de copago por estudio.	No está cubierto	Se requiere remisión y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluyen en el copago por visita al especialista .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita un medicamento Puede encontrar más información sobre la cobertura para medicamentos con receta en www.GlobalHealth.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Suministro para 30 días: \$20 de copago por receta, medicamento genérico preferido. Suministro para 90 días: \$40 de copago por receta, medicamento genérico preferido.	No está cubierto	El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Suministro para 30 días: \$65 de copago por receta. Suministro para 90 días: \$130 de copago por receta.	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Suministro para 30 días: \$90 de copago por receta. Suministro para 90 días: \$180 de copago por receta. Insulina para diabéticos: Suministro para 30 días: máximo de \$30 de copago por receta. Suministro para 90 días: máximo de \$90 de copago por receta.	No está cubierto	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de preautorización . *Para obtener información, consulte la sección Beneficios de medicamentos recetados. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo. Los medicamentos de especialidad solo están disponibles en suministros para 30 días.
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Especialidad preferida: \$200 de copago por receta. Especialidad no preferida: \$400 de copago por receta. Medicamentos de quimioterapia: \$100 de copago , como máximo, por receta.	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$300 de copago por visita. Centro no preferido: \$800 de copago por visita.	No está cubierto	Se requiere remisión y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo.	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	\$400 de copago por visita.	\$400 de copago por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos. El copago por atención en la sala de emergencias no se aplica si lo ingresan en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	\$100 de copago por incidente.	\$100 de copago por incidente.	
	Atención de urgencia	\$25 de copago por visita.	\$25 de copago por visita.	
Si lo admiten en el hospital	Tarifa del hospital (p. ej., habitación)	\$300 por día, hasta \$900 de copago por estancia.	No está cubierto	Se requieren remisión y preautorización , excepto para la atención de emergencia o el parto. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo.	No está cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Cita en el consultorio: Sin cargo. Programa intensivo para pacientes ambulatorios: Sin cargo. Programa de hospitalización parcial: Sin cargo.	No está cubierto	*Vea la sección Beneficios de salud conductual Se requieren remisión y preautorización para otros servicios que no sean visitas en el consultorio. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro de tratamiento residencial: \$300 por día, hasta \$900 de copago por estancia. Cuidados intensivos: \$300 por día, hasta \$900 de copago por estancia.	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Atención prenatal o posnatal sin cargo.	No está cubierto	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos . Los servicios profesionales para el nacimiento y el parto están incluidos en los servicios prestados por el centro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Sin cargo.	No está cubierto	
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	\$500 de copago por estancia.	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades de salud especiales	Atención médica en casa	Sin cargo.	No está cubierto	Se requiere remisión y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Límite de 100 visitas por año del plan .
	Servicios de rehabilitación	Pacientes hospitalizados: Sin cargo. Visita en el consultorio: \$35 de copago por visita. Centro ambulatorio de rehabilitación: \$70 de copago por visita.	No está cubierto	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se requiere remisión y preautorización , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Centros ambulatorios y de rehabilitación: Límite de 60 visitas por año del plan . Los servicios para pacientes hospitalizados están incluidos en la tarifa del centro hospitalario.
	Servicios de habilitación	Pacientes hospitalizados: Sin cargo. Visita en el consultorio: \$35 de copago por visita. Centro ambulatorio de rehabilitación: \$70 de copago por visita.	No está cubierto	*Vea la sección de Beneficios médicos. Se requiere remisión y preautorización , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los servicios para pacientes hospitalizados están incluidos en la tarifa del centro hospitalario.
	Atención de enfermería especializada	\$750 de copago por estancia.	No está cubierto	*Vea la sección de Beneficios médicos. Se requiere remisión y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Enfermería especializada: Límite de 100 días por año del plan .
	Equipo médico duradero	20% de coseguro .	No está cubierto	
	Servicios de hospicio	Sin cargo.	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$50 de copago por visita.	No está cubierto	Límite de un examen por año del plan .
	Anteojos para niños	Sin cargo.	No está cubierto	Se limita a un solo par de armazones y lentes básicos o a un primer set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Sin cobertura.

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](#).)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Atención dental (revisión dental para niños)• Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.• Enfermería privada |
|--|---|--|

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Atención quiropráctica• Cirugía cosmética (reparación de condiciones resultantes de lesiones accidentales o defectos congénitos, cuando sea médicamente necesaria. Para conocer las limitaciones, consulte el Manual para miembros). | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (límite de uno por oído cada 48 meses)• Tratamiento por infertilidad | <ul style="list-style-type: none">• Atención de la vista de rutina (adulto)• Atención podológica de rutina (cubierta únicamente para los pacientes diabéticos)• Programas para pérdida de peso (cubiertos solo si los proporciona un proveedor de la red.) |
|--|---|--|

Sus derechos de continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere conservar la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employees Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor) llamando al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform o Centro de Información al Consumidor y Auditorías de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.cciio.cms.gov. También puede comunicarse con GlobalHealth llamando al 1-877-280-5600 o visitando www.GlobalHealth.com. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, incluyendo 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. más información sobre sus derechos y sobre este aviso, o si necesita obtener asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-5600 o visitando www.GlobalHealth.com, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272), u Departamento de Seguros de Oklahoma (Oklahoma Insurance Department) llamando al 1-800-522-0071 o al (405) 521-2991 (solo dentro del estado) o visitando <http://www.ok.gov/oid/Consumers>.

¿Este plan da 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 algunas 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](#).

¿Este plan cumple 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](#) en el [Mercado de seguros](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[Español (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-280-5600 (TTY: 711).

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:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren 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)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$50
- [Copago](#) del hospital (centro) \$500
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios del centro para el parto/nacimiento

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

Consulta al [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

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

El total que Peg pagaría es	\$600
------------------------------------	--------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$50
- [Copago](#) del hospital (centro) \$300 por día hasta \$900 por estancia
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

[Pruebas diagnósticas](#) (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	\$1,400
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

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

El total que Joe pagaría es	\$1,460
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$50
- [Copago](#) del hospital (centro) \$300 por día hasta \$900 por estancia
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Servicios en la sala de emergencias](#) (incluyendo suministros médicos)

[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$10

Lo que no está cubierto

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

El total que Mia pagaría es	\$810
------------------------------------	--------------

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.