



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.nhpri.org o llame al 1-855-321-9244. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, co-seguro, co-pago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-855-321-9244 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto Importa:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$3,875 Individual/ \$7,750 Familiar	Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Si. Atención preventiva, atención primaria, visita a un especialista, atención de urgencia, medicamentos recetados en los niveles 1, 2, 3 y 4, y servicios para pacientes externos para la salud mental, la salud del comportamiento y el uso de sustancias.	Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	\$8,550 Individual/ \$17,100 Familiar	Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos deben cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Que no está incluido en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	Primas, cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de <u>gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usted utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Si. Consulte https://www.nhpri.org/find-a-doctor/ o llame al 1-855-321-9244 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la red del plan. Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No	Usted puede ver al <u>especialista</u> que elija sin necesitar una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copago y coseguro** que se muestran en este cuadro son después de que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor en la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	\$30 copago/visita	No Está Cubierto	Ninguno
	Visita a un Especialista	\$60 copago/visita	No Está Cubierto	Es posible que se requiera Autorización Previa . El cuidado quiropráctico y de acupuntura se limita a 12 visitas al año.
	Atención preventiva/detección/Inmunización	Sin Cargo	No Está Cubierto	Es posible que usted deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan.
Si tiene un examen	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	30% coseguro	No Está Cubierto	No hay cargos por pruebas de laboratorio preventivas asociadas con la visita preventiva
	Imágenes (Tomografías Computarizadas/PET, Resonancias Magnéticas)	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.nhpri.org	Medicamentos de Bajo Costo Genéricos	\$10 copago/prescripción	No Está Cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Otros Genéricos	\$15 copago/prescripción	No Está Cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Mantenimiento de Marcas Preferidas	\$40 copago/prescripción	No Está Cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	De marcas	\$55 copago/prescripción	No Está Cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Alto Costo y Especialidad	30% coseguro	No Está Cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Cubierto No Preferido	30% coseguro	No Está Cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
Si se somete a una cirugía como paciente externo	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía para pacientes externos)	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor en la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	30% coseguro	30% coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro; \$50 máximo por viaje	30% de coseguro; \$50 máximo por viaje	Ninguno
	Atención de urgencias	\$60 copago/visita	\$60 copago/visita	Ninguno
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del lugar (por ejemplo, habitación del hospital)	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	\$30 copago/visita	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$60 copago/visita	No Está Cubierto	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos
	Servicios profesionales de nacimiento de niño/parto	30% coseguro	No Está Cubierto	Ninguno
	Servicios del centro para parto/nacimiento de niño	30% coseguro	No Está Cubierto	Ninguno
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Servicios de rehabilitación	\$60 copago/visita	No Está Cubierto	Límite de 24 visitas al año
	Servicios de habilitación	\$60 copago/visita	No Está Cubierto	Límite de 24 visitas al año
	Atención de enfermería especializada	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Equipo médico duradero	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Servicios de hospicios	30% coseguro	No Está Cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
Si su hijo necesita cuidado dental o de los ojos.	Examen de la vista para niños	\$60 copago/visita	No Está Cubierto	Límite de una vez al año
	Lentes para niños	Sin cargo	No Está Cubierto	Límite de un par de monturas y lentes, o un par de lentes de contacto, por año
	Chequeo dental infantil	Sin cargo	No Está Cubierto	Ninguno

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su **Plan** generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro **servicio excluido**).

- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (adulto)
- Cuidado a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de adelgazamiento

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su **plan).**

- Aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Aparatos auditivos
- Tratamiento de infertilidad
- Enfermería privada
- Cuidado de los ojos de rutina (para adultos)
- Cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Ver www.nhpri.org

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: HealthSourceRI www.healthsourceri.com o puede llamar al 1-855-840-4774.

Sus Derechos de Quejas y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su **plan** por la denegación de una **reclamación**. Esta queja se llama **queja** o **apelación**. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese **reclamo** médico. Los documentos de su **plan** también brindan información completa sobre cómo enviar un **reclamo**, **apelación**, o una **queja formal** por cualquier motivo a su **plan**. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con el departamento de seguros de su estado al 1-855-747-3224 o por correo electrónico a HealthInquiry@ohic.ri.gov, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o al U.S. Department of Health and Human Services al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

¿Este plan proporciona una Cobertura Mínima Esencial? Si

La **Cobertura Esencial Mínima** generalmente incluye **planes**, **seguro médico** disponible a través del **Mercado** u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de **Cobertura Esencial Mínima**, es posible que no sea elegible para el **crédito fiscal para la prima**.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Si

Si su **plan** no cumple con los **Estándares de Valor Mínimo**, usted puede ser elegible para un **crédito fiscal para la prima** que lo ayude a pagar un **plan** a través del **Mercado**.

Servicios de Acceso Lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-321-9244**.

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-855-321-9244**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-855-321-9244**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-855-321-9244**.

Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-855-321-9244**.

————— Para ver ejemplos sobre cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica de muestra, consulte la próxima sección. —————

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#), y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a Tener un Bebé

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

■ El deducible general del plan	\$3875
■ Coseguro de Especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al Consultorio del Especialista (cuidado *prenatal*)
Servicios Profesionales de Nacimiento de Niño/Parto
Servicios en Instalaciones de Nacimiento de Niño/Parto
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Total, Ejemplo de Costo	\$12,640
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$3,875
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$6,485

Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$3875
■ Copago de Especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro Coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Total, Ejemplo de Costo	\$5,580
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$900
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1.900

La Fractura Simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$3875
■ Copago de Especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Total, Ejemplo de Costo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$1.100
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,600