

32El documento 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 cuidado de la salud 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, coseguro, copago, 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?	Dentro de la red \$500 Individual/ \$1,000 Familia Fuera de la red \$5,000 por persona/ \$10,000 por familia	Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con 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> ?	Sí. Atención preventiva, atención primaria, visita a un especialista, atención de urgencia, atención en la sala de emergencias, medicamentos recetados en los niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y servicios para la salud mental, la salud del comportamiento y el uso de sustancias en pacientes externos.	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 <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	Dentro de la red \$1,500 Individual/ \$3,000 Familia Fuera de la red \$10,000 Individual/ \$20,000 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 límite general de <u>límites de gastos de bolsillo</u> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso personal</u> ?	Primas, cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre	Aunque usted pague estos gastos, ellos no cuentan para el límite <u>de desembolso personal</u> .
¿Pagará menos si utiliza	Sí Consulte	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red</u>

<p>un proveedor de la red?</p>	<p>https://www.nhpri.org/find-a-doctor/ o llame al 1-855-321-9244 para obtener una lista de proveedores de la red.</p>	<p>del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que usted reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.</p>
<p>¿Necesita una remisión para ver a un especialista?</p>	<p>No</p>	<p>Puede ver al especialista que elija sin una remisión.</p>



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 Usted Puede Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagarás más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	Copago de \$10 por visita al consultorio	50% de coseguro	Ninguno
	Visita de Especialista	Copago de \$30 por visita	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa . El cuidado de acupuntura y quiropráctico se limita a 12 visitas al año.
	Atención preventiva/detección/Inmunización	Sin cargo	50% de coseguro	Es posible que 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 tienes una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	0% de coseguro	50% de coseguro	Sin cargo por pruebas de laboratorio preventivas dentro de la red asociadas con la visita preventiva
	Imágenes (Tomografías Computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	0% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección de salud. Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.nhpri.org	Medicamentos Genéricos de Mantenimiento de Bajo Costo	Copago de \$5 por receta	No cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Otros Medicamentos Genéricos +	Copago de \$10 por receta	No cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Mantenimiento de Marcas Preferidas	Copago de \$35 por receta	No cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Marcas	Copago de \$50 por receta	No cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Alto Costo y Especialidad	Copago de \$100 por receta	No cubierto	Para un suministro de hasta 30 días
	Cubierto No Preferido	Copago de \$100 por receta	No cubierto	Para un suministro de hasta 30 días

Evento Médico Común	Servicios Que Usted Puede Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagarás más)	
Si se somete a una cirugía como paciente externo	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía para pacientes externos)	0% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
	Pagos del médico / cirujano	0% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$100 por visita	Copago de \$100 por visita	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	0% de coseguro; \$50 máximo por viaje	0% de coseguro; \$50 máximo por viaje	Ninguno
	Atención de urgencias	Copago de \$30 por visita	Copago de \$30 por visita	Ninguno
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital)	0% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
	Pagos del médico / cirujano	0% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Copago de \$10 por visita al consultorio	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	0% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
Sí está embarazada	Visitas al consultorio médico	Copago de \$30 por visita	50% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos dentro de la red
	Servicios profesionales de nacimiento de niño/parto	0% de coseguro	50% de coseguro	Ninguno
	Servicios de instalaciones para nacimiento de niño/parto	0% de coseguro	50% de coseguro	Ninguno
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	0% de coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$30 por visita	50% de coseguro	Límite de 24 visitas al año
	Servicios de habilitación	Copago de \$30 por visita	50% de coseguro	Límite de 24 visitas al año
	Atención de enfermería especializada	0% de coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa
	Equipo médico duradero	0% de coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa

Evento Médico Común	Servicios Que Usted Puede Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagarás más)	
	Servicios de hospicios	0% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	\$30 copago/visita	50% de coseguro	Límite de una vez al año
	Lentes para niños	Sin Cargo	50% de coseguro	Límite de un par de monturas y lentes, o un par de lentes de contacto, por año
	Chequeo dental para niños	Sin Cargo	No está cubierto	Ninguno

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Otros Servicios Cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos Auditivos • Tratamiento de infertilidad • Enfermería privada • Cuidado de la vista de rutina (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Ver www.nhpri.org

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).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Cuidado dental (adulto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado a largo plazo • Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies • Programas de adelgazamiento

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? Sí

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): Dinek'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	\$500
■ copago de Especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento de un niño/parto
 Servicios de instalaciones de nacimiento de un niño/parto
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$510

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	\$500
■ copago de Especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,300

La fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ copago de Especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

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*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$900