



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](http://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 <b>deducible</b> general?                             | <b>\$500</b> Individual/<br><b>\$1,000</b> Familiar                                                                                                                                                                                                                                                          | Si tiene otros miembros de la familia en el <b>plan</b> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos <b>deducibles</b> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?  | <b>Si.</b> 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 pacientes externos para la salud mental, la salud del comportamiento y el uso de sustancias. | Por ejemplo, este plan cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costo compartido</b> y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>                                                                                                                                                                                                                                                |
| Hay otros <b>deducibles</b> por servicios específicos?            | <b>No</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted no tiene que cumplir con <b>deducibles</b> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Cuál es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este plan?   | <b>\$1,500</b> Individual/<br><b>\$3,000</b> Familiar                                                                                                                                                                                                                                                        | Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos deben cumplir con sus propios <b>límites de gastos de bolsillo</b> hasta que se haya alcanzado el <b>límite de gastos de bolsillo</b> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Que no está incluido en el <b>límite de gasto de bolsillo</b> ?  | 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 <b>gasto de bolsillo</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Pagará menos si usted utiliza un <b>proveedor de la red</b> ?    | <b>Si.</b> Consulte <a href="https://www.nhpri.org/find-a-doctor/">https://www.nhpri.org/find-a-doctor/</a> o llame al 1-855-321-9244 para obtener una lista de proveedores de la red.                                                                                                                       | Este plan utiliza una <b>red de proveedores</b> . Usted pagará menos si utiliza un <b>proveedor</b> de la red del plan. Usted pagará más si utiliza un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan ( <b>facturación del saldo</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor de la red</b> puede utilizar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <b>proveedor</b> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una <b>remisión</b> para ver a un <b>especialista</b> ? | <b>No</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted puede ver al <b>especialista</b> que elija sin necesitar una <b>remisión</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



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) |                                                                                                                                                                                      |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>                                                                                                                       | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.           | \$10 copago/visita                           | No Está Cubierto                             | Ninguno                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                       | Visita a un <a href="#">Especialista</a>                                   | \$30 copago/visita                           | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera <a href="#">Autorización Previa</a> . El cuidado quiropráctico y de acupuntura se limita a 12 visitas al año.                                             |
|                                                                                                                                                                                                                       | <a href="#">Atención preventiva/detección/Inmunización</a>                 | 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. |
| <b>Si tiene un examen</b>                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)    | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | No hay cargos por pruebas de laboratorio preventivas asociadas con la <a href="#">visita preventiva</a>                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                       | Imágenes (Tomografías Computarizadas/PET, Resonancias Magnéticas)          | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Más información sobre <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> está disponible en <a href="http://www.nhpri.org">www.nhpri.org</a> | Medicamentos de Bajo Costo Genéricos                                       | \$5 copago/prescripción                      | No Está Cubierto                             | Para un suministro de hasta 30 días                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                       | Otros Genéricos                                                            | \$10 copago/prescripción                     | No Está Cubierto                             | Para un suministro de hasta 30 días                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                       | Mantenimiento de Marcas Preferidas                                         | \$35 copago/prescripción                     | No Está Cubierto                             | Para un suministro de hasta 30 días                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                       | De marcas                                                                  | \$50 copago/prescripción                     | No Está Cubierto                             | Para un suministro de hasta 30 días                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                       | Alto Costo y Especialidad                                                  | \$100 copago/prescripción                    | No Está Cubierto                             | Para un suministro de hasta 30 días                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                       | Cubierto No Preferido                                                      | \$100 copago/prescripción                    | No Está Cubierto                             | Para un suministro de hasta 30 días                                                                                                                                                  |
| <b>Si se somete a una cirugía como paciente externo</b>                                                                                                                                                               | Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía para pacientes externos) | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                       | Honorarios del médico/cirujano                                             | 0% 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) |                                                                                |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                 | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>      | \$100 copago/visita                          | \$100 copago/visita                          | Ninguno                                                                        |
|                                                                                              | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>         | 0% de coseguro; \$50 máximo por viaje        | 0% de coseguro; \$50 máximo por viaje        | Ninguno                                                                        |
|                                                                                              | <a href="#">Atención de urgencias</a>                   | \$30 copago/visita                           | \$30 copago/visita                           | Ninguno                                                                        |
| <b>Si tiene una estadía en el hospital</b>                                                   | Tarifa del lugar (por ejemplo, habitación del hospital) | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
|                                                                                              | Honorarios del médico/cirujano                          | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes externos                       | \$10 copago/visita                           | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
|                                                                                              | Servicios para pacientes hospitalizados                 | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                    | Visitas al consultorio                                  | \$30 copago/visita                           | No Está Cubierto                             | El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos                   |
|                                                                                              | Servicios profesionales de nacimiento de niño/parto     | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Ninguno                                                                        |
|                                                                                              | Servicios del centro para parto/nacimiento de niño      | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Ninguno                                                                        |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>      | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>         | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
|                                                                                              | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>             | \$30 copago/visita                           | No Está Cubierto                             | Límite de 24 visitas al año                                                    |
|                                                                                              | <a href="#">Servicios de habilitación</a>               | \$30 copago/visita                           | No Está Cubierto                             | Límite de 24 visitas al año                                                    |
|                                                                                              | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>    | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
|                                                                                              | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                  | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
|                                                                                              | <a href="#">Servicios de hospicios</a>                  | 0% coseguro                                  | No Está Cubierto                             | Es posible que se requiera autorización previa                                 |
| <b>Si su hijo necesita cuidado dental o de los ojos.</b>                                     | Examen de la vista para niños                           | \$30 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](http://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](http://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](mailto:HealthInquiry@ohic.ri.gov), el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://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](http://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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ Coseguro de <a href="#">Especialista</a>                      | \$30  |
| ■ Coseguro del hospital (centro)                                | 0%    |
| ■ Otro coseguro                                                 | 0%    |

**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                    | \$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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ Copago de <a href="#">Especialista</a>                        | \$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*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Total, Ejemplo de Costo | \$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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ Copago de <a href="#">Especialista</a>                        | \$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*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Total, Ejemplo de Costo | \$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 |