



## Enhanced Major Medical HSA Plan



El documento del 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 le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios para el cuidado de la salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su

cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visit: <https://flimp.live/TrueBlueAssociates> o llame al 1-833-822-7259. Para conocer definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultarlo en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf> o llamar al 1-833-822-7259 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                  | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                         | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                                  | Dentro de la <u>red</u> *: \$3,000 individual / \$6,000 familiar<br>Fuera de la <u>red</u> *: \$6,000 individual / \$12,000 familiar por año calendario. *Los <u>deducibles</u> se aplican tanto fuera como dentro de la red                                                       | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si su póliza incluye a otros familiares, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?                    | Sí. Cuidado preventivo                                                                                                                                                                                                                                                             | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a>                  |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos?                       | No hay otros <u>deducibles</u> .                                                                                                                                                                                                                                                   | Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los costos de otros servicios cubiertos por este <u>plan</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?             | Servicios médicos- Para <u>proveedores de la red</u> *: \$6,750 individual / \$13,500 familiar<br>Para proveedores fuera de la <u>red</u> *: \$26,600 individual / \$53,200 familiar por año calendario<br>*Se aplican los gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , el cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre y las multas por no obtener una prenotificación para los servicios.                                                                                         | Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán en cuenta para alcanzar los <u>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 1-833-822-7259 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .                                                                                                                                     | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura de su <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <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> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?                    | No                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Puede consultar a cualquier <u>especialista</u> sin una <u>referencia</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se producen luego de haber alcanzado el **deducible**, si se aplica el **deducible**.

| Evento médico común                                                                        | Los servicios que podría necesitar                                                                                | Lo que usted pagará                              |                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                                                                                   | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo) | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de cuidado de la salud</b> | Visita a un médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión                                    | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Visita virtual: dentro de la red, un proveedor designado de la red virtual cubre un coseguro del 20 % después del deducible. No hay cobertura de visitas virtuales para personas fuera de la red. Si recibe servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales. |
|                                                                                            | Visita a un <u>especialista</u>                                                                                   | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Si recibe servicios adicionales a la consulta médica, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales.                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                            | <u>Servicios de cuidado preventivo/pruebas de detección</u> /vacunas                                              | Sin cargo                                        | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Es posible que tengas que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunta a tu proveedor si los servicios que necesitas son preventivos. Luego, verifica qué cubre tu plan.                                                                                                                                                  |
| <b>Si tiene que hacerse un examen</b>                                                      | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                                                 | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Se requiere autorización previa para estudios del sueño o el beneficio se reduce en un 50 %.                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                            | Imágenes (tomografía computarizada [CT]/por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                    | Los servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará                                                                         |                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                            | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo)                                            | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br><b>Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta, visite <a href="http://www.cap-rx.com">www.cap-rx.com</a>.</b> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                           | Minorista: 20% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          | *Se aplica el deducible de la red<br><br>UnitedHealthcare no ofrece cobertura para medicamentos recetados.<br><br>La cobertura de medicamentos recetados la proporciona Capital Rx. Los miembros pueden comunicarse con el Servicio al Cliente de Capital Rx al 833-202-5951. |
|                                                                                                                                                                                                                        | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                | Minorista: 20% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                        | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)             | Minorista: 20% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                        | <u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)               | 20% de <u>coseguro</u>                                                                      | Sin cobertura                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                             | Tarifa del centro (por ej.: centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coseguro</u>                                                                      | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                        | Tarifas del médico/cirujano                                | 20% de <u>coseguro</u>                                                                      | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Evento médico común                                                                | Los servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    |                                                         | Proveedor de la red<br>(Pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita atención médica inmediata                                              | <u>Cuidado en la sala de emergencias</u>                | 20% de <u>coseguro</u>                    | 20% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                    | <u>Transporte médico de emergencia</u>                  | 20% de <u>coseguro</u>                    | 20% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                    | <u>Cuidado de urgencia</u>                              | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si tiene una estadía en el hospital                                                | Tarifa del centro (por ej.: la habitación del hospital) | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                    | Tarifas del médico/cirujano                             | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                   | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa fuera de la red para ciertos tratamientos y la hospitalización parcial/tratamiento ambulatorio intensivo o el beneficio se reduce en un 50 %.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                    | Servicios para pacientes hospitalizados                 | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Si está embarazada                                                                 | Visitas al consultorio                                  | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa fuera de la red para hospitalizaciones que superen las 48 horas en caso de parto natural o las 96 horas en caso de cesárea; de lo contrario, la cobertura se reduce al 50 %. No se aplican costos compartidos para servicios preventivos. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ecografía). |
|                                                                                    | Servicios profesionales por el parto                    | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                    | Servicios del centro por el parto                       | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Evento médico común                                                                                               | Los servicios que podría necesitar         | Lo que usted pagará                              |                                                                                            | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                   |                                            | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo) | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales del cuidado de la salud | <u>Cuidado médico a domicilio</u>          | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                     | Limitado a 60 visitas por año calendario para atención médica domiciliaria. Se requiere autorización previa fuera de la red para ciertos servicios de atención médica domiciliaria (enfermería especializada por enfermera registrada o enfermera práctica con licencia); de lo contrario, el beneficio se reduce en un 50 %. |
|                                                                                                                   | <u>Servicios para la rehabilitación</u>    | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                     | Terapia pulmonar, rehabilitación cardíaca, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional: limitadas a 40 visitas combinadas por año. La terapia cognitiva se limita a 20 visitas combinadas por año calendario dentro de la <u>red</u> y fuera de la <u>red</u> .                                                      |
|                                                                                                                   | <u>Servicios para la habilitación</u>      | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                     | Se proporcionan servicios de habilitación, y sus límites se combinan con los servicios de rehabilitación mencionados anteriormente.                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                   | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                     | Limitado a 60 días. Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                   | <u>Equipo Médico Duradero</u>              | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                                                     | Se requiere autorización previa para DME de más de \$1,000 (compra o alquiler acumulativo), o el beneficio se reduce en un 50%.                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                   | <u>Cuidados paliativos</u>                 | 20% de <u>coseguro</u>                           | Coaseguro del 20% para hospitalización<br><br>Coaseguro del 50% para atención ambulatoria. | Se requiere autorización previa para cuidados paliativos o beneficios para pacientes hospitalizados reduce en un 50%                                                                                                                                                                                                          |

| Evento médico común                                             | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará                              |                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                    | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo) | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo) |                                                         |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de cuidado de la vista | Examen de la vista para niños      | Ninguna                                          | Ninguna                                                | El examen de la vista de niños no está cubierto.        |
|                                                                 | Anteojos para niños                | Ninguna                                          | Ninguna                                                | Los anteojos de niños no están cubiertos.               |
|                                                                 | Chequeo dental para niños          | Ninguna                                          | Ninguna                                                | No está cubierto el chequeo dental infantil.            |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Los servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .) |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Examen de la vista de rutina para adultos (es decir, refracción)</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> <li>• <u>Servicios para la habilitación</u></li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |
| Otros servicios cubiertos (las limitaciones pueden aplicarse a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> .)                                       |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• acupuntura</li> </ul>                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico</li> </ul>                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• audífonos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura luego de que esta termine. La información de contacto para estas agencias es: Puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Otras opciones para continuar la cobertura también están disponibles para usted, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar una [queja formal](#) o una [apelación](#):** Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra el [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo relacionado con su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, puede llamar al 1-833-822-7259, o bien, puede visitar [myuhc.com](http://myuhc.com) o contactarse 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).

**¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Una [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguro de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del Mercado, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children Health Insurance Plan, CHIP), TRICARE, y otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no cumpla los requisitos para el crédito de impuesto sobre la [prima](#).

**¿Este [plan](#) cumple los estándares de valor mínimo? No**

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), es posible que cumpla los requisitos para recibir un [crédito de impuesto sobre la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de acceso en diferentes idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-440-5987.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-440-5987.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-440-5987.

Navajo (Dine): Dineke'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-877-440-5987.

—————*En la siguiente sección hay ejemplos de cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica.*—————

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este plan cubriría los cuidados médicos. Los costos reales serán diferentes, en función del cuidado que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos dentro del plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que puede pagar mediante distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé

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

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

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (*cuidados prenatales*)  
 Servicios profesionales por el parto  
 Servicios del centro por el parto  
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

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

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)  
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo Médico Duradero (*medidor de glucosa*)

### Fractura simple de Mia

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

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

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo Médico Duradero (*muletas*)  
Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costo compartido</u>               |                |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles                            | \$3,000        |
| Copagos                               | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                       | \$1,900        |
| <u>Lo que no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones                 | \$70           |
| <b>El total que Peg pagaría es de</b> | <b>\$4,970</b> |

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <u>Costo compartido</u>               |                |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles                            | \$1,100        |
| Copagos                               | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                       | \$0            |
| <u>Lo que no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones                 | \$4,300        |
| <b>El total que Joe pagaría es de</b> | <b>\$5,400</b> |

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <u>Costo compartido</u>               |                |
|---------------------------------------|----------------|
| Deducibles                            | \$2,800        |
| Copagos                               | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                       | \$0            |
| <u>Lo que no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones                 | \$10           |
| <b>El total que Mia pagaría es de</b> | <b>\$2,810</b> |



We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

**Online:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

**Mail:** Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again. If you need help with your complaint, please call the toll-free number listed within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

**Online:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Phone:** Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Mail:** U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the number contained within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 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 LƯU 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 무료전화번호로 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 خالصه مزایا و پوشش (SBC: Summary of Benefits and Coverage) تماس بگیرید.

ध्यान दें: मदद आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, ननःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सचीबद्ध 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៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) បសវនករនិយាយភាសាខ្មែរ គឺមានសេវាអ្នក។ សូមស្នើសុំប្រើប្រាស់សេវាបច្ចេកទេស ឧបសគ្គនៃការកំណត់ប្រព័ន្ធប្រយោជន៍ និងការរក្សា បង់ប្រាក់ (Summary of Benefits and Coverage, SBC) បន្ថែម។

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 yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódi Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

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).