



Este documento Resumen de los Beneficios y la Cobertura (SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) médico. El SBC le mostrará la manera en que usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** Se proporcionará por separado la información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#) o “cuotas” en este plan). Este es solo un resumen. Si desea información adicional sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite el sitio www.pensions.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711). Consulte el Glosario si desea ver las definiciones generales de términos comunes como la [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en el sitio www.pensions.org o llamar al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711) para solicitar un ejemplar.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa esto
¿Qué es el deducible general?	<p>Para el miembro/la familia, cada uno:</p> <p>Dentro de la red: 1.5% de la escala de compensación del miembro¹</p> <p>Fuera de la red: 2.5% de la escala de compensación del miembro; un máximo combinado del 2.5%. No se aplica al cuidado preventivo, visitas al consultorio ni medicamentos recetados.</p> <p>Las cantidades de los copagos y el coaseguro no cuentan para el deducible dentro de la red.</p>	<p>Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar por los servicios cubiertos que usted use. Consulte el documento de su plan para ver cuándo empieza de nuevo el deducible (por lo general es el 1 de enero, pero no siempre). En la tabla que empieza en la página 2 vea cuánto pagará usted por los servicios cubiertos después de cubrir el deducible.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible ?	Sí.	Servicios preventivos , receta y copagos de las visitas al consultorio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que satisfacer los deducibles para servicios específicos, pero vea en la tabla que empieza en la página 2 otros costos de servicios que cubre este plan .
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	5% de la escala de compensación para todos los costos médicos, de salud mental y medicamentos con	El límite de gastos de su bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (un año usualmente) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para gastos de atención médica.

¹ Las cantidades de los deducibles y coaseguro se basan en el rango del salario, sujetos a un salario mínimo y máximo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa esto
	receta dentro de la red (con un límite de \$5,000 para el plan individual y \$10,000 por familia combinados), 15% de la escala de compensación del miembro para costos fuera de la red, para la familia combinada. Los costos de los medicamentos con receta , aparte de los medicamentos de marca no preferidos, se limitan a un coaseguro máximo por familia de \$3,000.	
¿Qué se excluye del límite de gastos de su bolsillo?	Las primas (cuotas), los cargos de facturación del saldo , determinados medicamentos especializados de farmacia no esenciales y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican al límite máximo total de gastos de su bolsillo .	Aunque usted paga por estos gastos, estos no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará usted menos si usa los servicios de un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite el sitio www.myqhealthpcusa.org o llame al 1-855-497-1237 si desea una lista de proveedores dentro de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan cubrirá parcial o totalmente los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su proveedor dentro de la red u hospital usen un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red , preferidos o participantes para los proveedores , en su red . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para ver la manera en que este plan les paga a diferentes tipos de proveedores . Como el plan paga por servicios fuera de la red, pero es menos costoso usar a proveedores dentro de la red .
¿Necesito una referencia para ver a un especialista?	No, no necesita una referencia para ver a un especialista .	Puede ver al especialista de su elección sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copagos](#) y [coaseguro](#) que aparecen en esta tabla son de después de que se haya satisfecho su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para el tratamiento de una lesión o enfermedad	\$25 de copago /visita	50% del coaseguro	No cuenta para el deducible ni para el límite de gastos de su bolsillo
	Visita al especialista	\$45 de copago /visita	50% del coaseguro	No cuenta para el deducible ni para el límite de gastos de su bolsillo
	Cuidado preventivo/examen/inmunización	Sin cargo	50% de coaseguro para visitas al consultorio; sin cargo para exámenes de detección y para inmunizaciones	Para visitas al médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo. (Vea la frecuencia en el horario preventivo en el sitio www.pensions.org)
Si se le hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
	Imagenología (tomografías computarizadas/por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Se requiere precertificación
Si necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición médica Encuentre información adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta en el sitio www.express-scripts.com	Medicamentos genéricos preventivos	\$5 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$15 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$12.50 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días)	Sin cobertura	Es posible que se aplique autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos preventivos	\$20 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$60 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$50 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días)	Sin cobertura	
También puede llamar al 1-855-497-1237 para	Medicamentos de marca no preferidos preventivos	No corresponde		

* Si desea información adicional sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en el sitio [www.pensions.org](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
recibir asistencia personalizada.	Medicamentos genéricos	\$10 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$30 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$25 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días)	Copago/receta especificado/a (al por menor, surtido de 30 o 90 días)	Es posible que se aplique autorización previa o un programa de terapia escalonada
	Medicamentos de marca preferidos	30% de coaseguro , de \$20 mín. a \$100 máx. (al por menor, surtido de 30 días); 30% de coaseguro , de \$60 mín. a \$300 máx. (al por menor, surtido de 90 días); 30% de coaseguro , de \$50 mín. a \$250 máx. (por correo, surtido de 90 días)	30% de la tarifa contratada	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coaseguro , de \$50 mín. a \$150 máx. (al por menor, surtido de 30 días); 50% de coaseguro , de \$150 mín. a \$450 máx. (al por menor, surtido de 90 días); 50% de coaseguro , de \$125 mín. a \$375 máx. (por correo, surtido de 90 días)	50% de la tarifa contratada	Es posible que se aplique autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes y mínimos y máximos como se indica anteriormente para los medicamentos de marca preferidos y no preferidos que no sean medicamentos especializados de farmacia no esenciales, los que no tendrán	Los mismos porcentajes de la tarifa contratada antes mencionada para las marcas preferidas y no preferidas	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
		ningún coaseguro máximo.		
Si tiene cirugía como paciente ambulatorio	Cargos de la instalación (p. ej., del centro de cirugía ambulatoria)	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
Si no necesita atención médica de inmediato	Atención en la sala de emergencia	20% del coaseguro	20% del coaseguro	Se requiere precertificación en un plazo de 48 horas si se le hospitaliza
	Transporte médico de emergencia	20% del coaseguro	20% del coaseguro	A la instalación apropiada más cercana
	Atención urgente	\$45 de copago /visita	40% del coaseguro	————ninguno————
Si se le hospitaliza	Cargos de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Se requiere precertificación
	Honorarios del médico/cirujano	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios como paciente ambulatorio	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Se requiere precertificación
	Servicios como paciente hospitalizado	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Se requiere precertificación (en un plazo de 48 horas de que se le admita para recibir servicios como paciente hospitalizado para salud mental y abuso de sustancias)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
	Servicios profesionales del alumbramiento/parto	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Incluye una hospitalización de un mínimo de 48 horas después de un parto vagina; de 96 horas después de una cesárea.
	Servicios en la instalación del alumbramiento/parto	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Incluye una hospitalización de un mínimo de 48 horas después de un parto vagina; de 96 horas después de una cesárea.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	20% del coaseguro	40% del coaseguro	100 visitas al año de un máximo de 8 horas cada una
	Servicios de rehabilitación	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
	Servicios de habilitación	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Consulte la Guía de su Beneficios de Atención Médica.
	Cuidado de enfermería especializada	20% del coaseguro	40% del coaseguro	Límite anual máximo de 180 días para instalaciones de cuidado prolongado
	Equipo médico duradero	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
	Servicios de hospicio	20% del coaseguro	40% del coaseguro	————ninguno————
Si su hijo necesita atención dental u óptica	Examine de la vista infantil	\$25 de copago (con un proveedor de VSP)	Reembolso de hasta \$45 después de \$25 de copago	Limitado a un examen al año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental infantil	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Revise el documento de su póliza o [plan](#) si desea información adicional y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Cirugía cosmética
- Atención dental
- Tratamiento médico experimental o de investigación
- Atención prolongada
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa consulte su documento del [plan](#)).

- Acupuntura, si es con un médico o un acupunturista autorizado por el estado
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Tratamiento para la esterilidad
- Aparatos auditivos (y ajustes)
- La mayoría de la cobertura que se preste fuera de los Estados Unidos
- Examen óptico de rutina por medio de VSP

Su derecho a continuar con cobertura: Hay una agencia que puede ayudar si usted desea continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos: 1-877-267-2323, ext. 61565, o el sitio www.cciio.cms.gov. También es posible que haya otras opciones de cobertura, incluido comprar cobertura individual de seguro por medio del [Mercado de Seguros Médicos](#). Si desea información adicional sobre el [Mercado](#), visite el sitio www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Si desea información adicional sobre sus derechos a continuar con cobertura, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711).

Sus derechos de quejas y apelaciones: El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos puede ayudar si usted tiene una queja en contra de su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Si desea información adicional sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proveerán información completa sobre cómo presentar a su [plan](#) una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo. Si desea información adicional sobre sus derechos, este aviso o ayuda, llame a Quantum Health al 855-497-1237 (TTY: 711). También puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos al 1-877-267-2323, ext. 61565, o visitar el sitio www.cciio.cms.gov.

¿Provee este [plan](#) cobertura mínima esencial? Sí.

Este plan sí provee cobertura mínima esencial.

¿Cumple este [plan](#) con los estándares mínimos de valor? Sí.

La cobertura médica sí cumple con el estándar mínimo de valor para los beneficios que proporciona.

Servicios de acceso de idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

En la siguiente sección se pueden ver ejemplos de la manera en que este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de muestra.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Este no es estimador de costos. Los tratamientos incluidos son solo ejemplos de la manera en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que realmente reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos factores más. Concéntrese en las cantidades de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar con [planes](#) médicos diferentes. Tome nota de que estos ejemplos de coberturas se basan en la cobertura de sí mismo únicamente.

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](#) es de \$875.
- [Copago](#) del [especialista](#) \$45
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales del alumbramiento/parto
 Servicios en la instalación del alumbramiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Ejemplo del costo total	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$875
Copagos	\$0
Coaseguro	\$2,365
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$3,240

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición médica bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$875.
- [Copago](#) del [especialista](#) \$45
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Ejemplo del costo total	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$875
Copagos	\$405
Coaseguro	\$945
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$2,225

Una fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$875.
- [Copago](#) del [especialista](#) \$45
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

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

Ejemplo del costo total	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$875
Copagos	\$0
Coaseguro	\$385
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,260

El [plan](#) asumiría el resto de los costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.



Este documento Resumen de los Beneficios y la Cobertura (SBC) le ayudará a escoger un **plan** médico. El SBC le mostrará la manera en que usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA: Se proporcionará por separado la información sobre el costo de este **plan** (llamada la **prima** o “cuotas” en este plan). Este es solo un resumen.** Si desea información adicional sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite el sitio www.pensions.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711). Consulte el Glosario si desea ver las definiciones generales de términos comunes como la [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en el sitio www.pensions.org o llamar al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711) para solicitar un ejemplar.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa esto
¿Qué es el deducible general?	<p>\$2,000 individual/\$2,000 familiar</p> <p>El deducible dentro de la red no se aplica a las visitas al consultorio, los servicios de cuidado preventivo, las pruebas de diagnóstico, las pruebas de imagenología, atención urgente ni gastos de medicamentos recetados.</p> <p>Las cantidades de los copagos y el coaseguro no cuentan para el deducible dentro de la red.</p>	<p>Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar por los servicios cubiertos que usted use. Consulte el documento de su plan para ver cuándo empieza de nuevo el deducible (por lo general es el 1 de enero, pero no siempre). En la tabla que empieza en la página 2 vea cuánto pagar usted por los servicios cubiertos después de cubrir el deducible.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible ?	Sí.	Servicios preventivos , recetas y copagos de las visitas al consultorio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que satisfacer los deducibles para servicios específicos, pero vea en la tabla que empieza en la página 2 otros costos de servicios que cubre este plan .
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	El máximo total de gastos de su bolsillo de \$5,000 individual/\$10,000 familiar.	El límite de gastos de su bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (un año usualmente) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para gastos de atención médica.
¿Qué se excluye del límite de gastos de su bolsillo ?	Las primas (cuotas), los cargos de facturación del saldo , determinados medicamentos especializados de farmacia no esenciales y los gastos de	Aunque usted paga por estos gastos, estos no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa esto
	atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de gastos de su bolsillo .	
¿Pagará usted menos si usa los servicios de un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite el sitio www.myghealthpcusa.org o llame al 1-855-497-1237 si desea una lista de proveedores dentro de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan cubrirá parcial o totalmente los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su proveedor dentro de la red u hospital usen un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red , preferidos o participantes para los proveedores , en su red . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para ver la manera en que este plan les paga a diferentes tipos de proveedores . Como el plan no paga por servicios fuera de la red, es menos costoso usar a proveedores dentro de la red .
¿Necesito una referencia para ver a un especialista?	No, no necesita una referencia para ver a un especialista .	Puede ver al especialista de su elección sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copagos](#) y [coaseguro](#) que aparecen en esta tabla son de después de que se haya satisfecho su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si visita a el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para el tratamiento de una lesión o enfermedad	\$40 de copago /visita	Sin cobertura	————ninguno————
	Visita al especialista	\$60 de copago /visita	Sin cobertura	————ninguno————
	Cuidado preventivo/examen /Inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	Para visitas al médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo. (Vea la frecuencia en el horario preventivo en el sitio www.pensions.org .)
Si se le hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$65 de copago /visita	Sin cobertura	————ninguno————
	Imagenología (tomografías)	\$200 de copago /visita	Sin cobertura	Se requiere precertificación

* Si desea información adicional sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en el sitio www.pensions.org. **Página 2 de 7**

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	computarizadas/por emisión de positrones, resonancias magnéticas)			
Si necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición médica Encuentre información adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta en el sitio www.express-scripts.com También puede llamar al 1-855-497-1237 para recibir asistencia personalizada	Medicamentos genéricos preventivos	\$6 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$18 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$15 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días)	Sin cobertura	Es posible que se aplique autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos preventivos	\$30 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$90 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$75 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos preventivos	No corresponde		
	Medicamentos genéricos	\$12 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$36 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$30 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días)	Sin cobertura	Es posible que se aplique autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos	35% de coaseguro , de \$35 mín. a \$150 máx. (al por menor, surtido de 30 días); 35% de coaseguro , de \$105 mín. a \$450 máx. (al por menor, surtido de 90 días); 35% de coaseguro , de \$85 mín. a \$375 máx. (por correo, surtido de 90 días)	Sin cobertura	

* Si desea información adicional sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en el sitio www.pensions.org.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes y mínimos y máximos como se indica anteriormente para los medicamentos de marca preferidos que no sean medicamentos especializados de farmacia no esenciales, los que no tendrán ningún coaseguro máximo.	Sin cobertura	
Si tiene cirugía como paciente ambulatorio	Cargos de la instalación (p. ej., del centro de cirugía ambulatoria)	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
Si no necesita atención médica de inmediato	Atención en la sala de emergencia	20% del coaseguro	20% del coaseguro	Se requiere precertificación en un plazo de 48 horas si se le hospitaliza
	Transporte médico de emergencia	20% del coaseguro	20% del coaseguro	A la instalación apropiada más cercana
	Atención urgente	\$60 de copago /visita	Sin cobertura	————ninguno————
Si se le hospitaliza	Cargos de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	20% del coaseguro	Sin cobertura	Se requiere precertificación
	Honorarios del médico/cirujano	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios como paciente ambulatorio	20% del coaseguro	Sin cobertura	Se requiere precertificación
	Servicios como paciente hospitalizado	20% del coaseguro	Sin cobertura	Se requiere precertificación (en un plazo de 48 horas de que se le admita para recibir servicios como paciente hospitalizado para salud mental y abuso de sustancias)

* Si desea información adicional sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en el sitio www.pensions.org.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Servicios profesionales del alumbramiento/parto	20% del coaseguro	Sin cobertura	Incluye una hospitalización de un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal; de 96 horas después de una cesárea.
	Servicios en la instalación del alumbramiento/parto	20% del coaseguro	Sin cobertura	Incluye una hospitalización de un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal; de 96 horas después de una cesárea.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	20% del coaseguro	Sin cobertura	100 visitas al año de un máximo de 8 horas cada una
	Servicios de rehabilitación	\$40 de copago /visita	40% del coaseguro	————ninguno————
	Servicios de habilitación	20% del coaseguro	Sin cobertura	Consulte la Guía de su Beneficios de Atención Médica.
	Cuidado de enfermería especializada	20% del coaseguro	Sin cobertura	Límite anual máximo de 180 días para instalaciones de cuidado prolongado
	Equipo médico duradero	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Servicios de hospicio	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
Si su hijo necesita atención dental u óptica	Examine de la vista infantil	\$25 de copago (con un proveedor de VSP)	Sin cobertura	Limitado a un examen al año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental infantil	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Revise el documento de su póliza o [plan](#) si desea información adicional y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía cosmética• Atención dental• Tratamiento médico experimental o de investigación | <ul style="list-style-type: none">• Atención prolongada• Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de los pies• Programas de pérdida de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa consulte su documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura, si es con un médico o un acupunturista autorizado por el estado• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado quiropráctico• Tratamiento para la esterilidad• Aparatos auditivos (y ajustes) | <ul style="list-style-type: none">• La mayoría de la cobertura que se preste fuera de los Estados Unidos• Examen óptico de rutina por medio de VSP |
|--|--|---|

Su derecho a continuar con cobertura: Hay una agencia que puede ayudar si usted desea continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos: 1-877-267-2323, ext. 61565, o el sitio www.cciio.cms.gov. También es posible que haya otras opciones de cobertura, incluido comprar cobertura individual de seguro por medio del [Mercado de Seguros Médicos](#). Si desea información adicional sobre el [Mercado](#), visite el sitio www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Si desea información adicional sobre sus derechos a continuar con cobertura, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-773-7752 (800-PRESPLAN) (TTY: 711).

Sus derechos de quejas y apelaciones: El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos puede ayudar si usted tiene una queja en contra de su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Si desea información adicional sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proveerán información completa sobre cómo presentar a su [plan](#) una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo. Si desea información adicional sobre sus derechos, este aviso o ayuda, llame a Quantum Health al 855-497-1237 (TTY: 711). También puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos al 1-877-267-2323, ext. 61565, o visitar el sitio www.cciio.cms.gov.

¿Provee este [plan](#) cobertura mínima esencial? Sí.

Este plan sí provee cobertura mínima esencial.

¿Cumple este [plan](#) con los estándares mínimos de valor? Sí.

La cobertura médica sí cumple con el estándar mínimo de valor para los beneficios que proporciona.

Servicios de acceso de idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711)

En la siguiente sección se pueden ver ejemplos de la manera en que este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de muestra.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Este no es estimador de costos. Los tratamientos incluidos son solo ejemplos de la manera en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que realmente reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos factores más. Concéntrese en las cantidades de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar con [planes](#) médicos diferentes. Tome nota de que estos ejemplos de coberturas se basan en la cobertura de sí mismo únicamente.

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](#) es de \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales del alumbramiento/parto
 Servicios en la instalación del alumbramiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Ejemplo del costo total	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coaseguro	\$2,140
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$4,140

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición médica bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Ejemplo del costo total	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$420
Coaseguro	\$720
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$3,140

Una fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

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

Ejemplo del costo total	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$320
Coaseguro	\$160
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,480

El [plan](#) asumiría el resto de los costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.



Este documento Resumen de los Beneficios y la Cobertura (SBC) le ayudará a escoger un **plan** médico. El SBC le mostrará la manera en que usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA: Se proporcionará por separado la información sobre el costo de este **plan** (llamada la **prima** o “cuotas” en este plan). Este es solo un resumen.** Si desea información adicional sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite el sitio www.pensions.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711). Consulte el Glosario si desea ver las definiciones generales de términos comunes como la [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en el sitio www.pensions.org o llamar al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711) para solicitar un ejemplar.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa esto
¿Qué es el deducible general?	\$3,000 individual/\$6,000 familiar Las cantidades de los copagos y el coaseguro no cuentan para el deducible dentro de la red .	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar por los servicios cubiertos que usted use. Si forma parte de una familia, se debe satisfacer el deducible familiar antes de que el plan pague por cualquier servicio cubierto. Consulte el documento de su plan para ver cuándo empieza de nuevo el deducible (usualmente el 1 de enero, pero no siempre). En la tabla que empieza en la página 2 vea cuánto pagará usted por los servicios cubiertos después de cubrir el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible ?	Sí.	Servicios preventivos .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que satisfacer los deducibles para servicios específicos, pero vea en la tabla que empieza en la página 2 otros costos de servicios que cubre este plan .
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	El máximo total de gastos de su bolsillo de \$5,000 individual/\$10,000 familiar.	El límite de gastos de su bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (un año usualmente) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para gastos de atención médica.
¿Qué se excluye del límite de gastos de su bolsillo ?	Las primas (cuotas), los cargos de facturación del saldo , determinados medicamentos especializados de farmacia no esenciales y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de gastos de su bolsillo .	Aunque usted paga por estos gastos, estos no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará usted menos si usa los servicios de un	Sí. Visite el sitio www.myqhealthpcusa.org o llame al	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan cubrirá parcial o totalmente los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa esto
proveedor dentro de la red ?	1-855-497-1237 si desea una lista de proveedores dentro de la red .	su proveedor dentro de la red u hospital usen un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red , preferidos o participantes para los proveedores , en su red . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para ver la manera en que este plan les paga a diferentes tipos de proveedores . Como el plan no paga por servicios fuera de la red, es menos costoso usar a proveedores dentro de la red .
¿Necesito una referencia para ver a un especialista ?	No, no necesita una referencia para ver a un especialista .	Puede ver al especialista de su elección sin permiso de este plan .

 Todos los costos de [copagos](#) y [coaseguro](#) que aparecen en esta tabla son después de que se haya satisfecho su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si visita a el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para el tratamiento de una lesión o enfermedad	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Visita al especialista	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Cuidado preventivo/examen/ inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	Para visitas al médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo. (Vea la frecuencia en el horario preventivo en el sitio www.pensions.org).
Si se le hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Imagenología (tomografías computarizadas/por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20% del coaseguro	Sin cobertura	Se requiere precertificación

* Si desea información adicional sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en el sitio [www.pensions.org](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición médica Encuentre información adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta en el sitio www.express-scripts.com	Medicamentos genéricos preventivos	\$6 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$18 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$15 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días) No sujeto al deducible	Sin cobertura	Es posible que se aplique autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos preventivos	\$30 de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$90 de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$75 de copago/receta (por correo, surtido de 90 días) No sujeto al deducible	Sin cobertura	
También puede llamar al 1-855-497-1237 para recibir asistencia personalizada	Medicamentos de marca no preferidos preventivos	No corresponde		
	Medicamentos genéricos	30% de coaseguro sujeto a \$150 máx. de copago/receta (al por menor, surtido de 30 días); \$450 máx. de copago/receta (al por menor, surtido de 90 días); \$375 máx. de copago/receta (por correo, surtido de 90 días)	Sin cobertura	Es posible que se aplique autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos			

* Si desea información adicional sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en el sitio www.pensions.org.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes y mínimos y máximos como se indica anteriormente para los medicamentos de marca preferidos.	Sin cobertura	
Si tiene cirugía como paciente ambulatorio	Cargos de la instalación (p. ej., del centro de cirugía ambulatoria)	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
Si no necesita atención médica de inmediato	Atención en la sala de emergencia	20% del coaseguro	20% del coaseguro	Se requiere precertificación en un plazo de 48 horas si se le hospitaliza
	Transporte médico de emergencia	20% del coaseguro	20% del coaseguro	A la instalación apropiada más cercana
	Atención urgente	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
Si se le hospitaliza	Cargos de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	20% del coaseguro	Sin cobertura	Se requiere precertificación
	Honorarios del médico/cirujano	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios como paciente ambulatorio	20% del coaseguro	Sin cobertura	Se requiere precertificación
	Servicios como paciente hospitalizado	20% del coaseguro	Sin cobertura	Se requiere precertificación (en un plazo de 48 horas de que se le admita para recibir servicios como paciente hospitalizado para salud mental y abuso de sustancias)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Servicios profesionales del alumbramiento/parto	20% del coaseguro	Sin cobertura	Incluye una hospitalización de un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal; de 96 horas después de una cesárea.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios en la instalación del alumbramiento/parto	20% del coaseguro	Sin cobertura	Incluye una hospitalización de un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal; de 96 horas después de una cesárea.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	20% del coaseguro	Sin cobertura	100 visitas al año de un máximo de 8 horas cada una
	Servicios de rehabilitación	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Servicios de habilitación	20% del coaseguro	Sin cobertura	Consulte la Guía de su Beneficios de Atención Médica.
	Cuidado de enfermería especializada	20% del coaseguro	Sin cobertura	Límite anual máximo de 180 días para instalaciones de cuidado prolongado
	Equipo médico duradero	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
	Servicios de hospicio	20% del coaseguro	Sin cobertura	————ninguno————
Si su hijo necesita atención dental u óptica	Examine de la vista infantil	\$25 de copago (con un proveedor de VSP)	Sin cobertura	Limitado a un examen al año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red. Se inscribirá automáticamente en el beneficio de examen de VSP Vision a las personas inscritas en el HDHP. Este beneficio no se considera parte del HDHP.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental infantil	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Revise el documento de su póliza o [plan](#) si desea información adicional y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía cosmética• Atención dental• Tratamiento médico experimental o de investigación | <ul style="list-style-type: none">• Atención prolongada• Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de los pies• Programas de pérdida de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa consulte su documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura, si es con un médico o un acupunturista autorizado por el estado• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado quiropráctico• Tratamiento para la esterilidad• Aparatos auditivos (y ajustes) | <ul style="list-style-type: none">• La mayoría de la cobertura que se preste fuera de los Estados Unidos• Examen óptico de rutina por medio de VSP |
|--|--|---|

Su derecho a continuar con cobertura: Hay una agencia que puede ayudar si usted desea continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos: 1-877-267-2323, extensión 61565, o el sitio www.cciio.cms.gov. También es posible que haya otras opciones de cobertura, incluido comprar cobertura individual de seguro por medio del [Mercado de Seguros Médicos](#). Si desea información adicional sobre el [Mercado](#), visite el sitio www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Si desea información adicional sobre sus derechos a continuar con cobertura, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-773-7752 (1-800-PRESPLAN) (TTY: 711).

Sus derechos de quejas y apelaciones: El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos puede ayudar si usted tiene una queja en contra de su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Si desea información adicional sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proveerán información completa sobre cómo presentar a su [plan](#) una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo. Si desea información adicional sobre sus derechos, este aviso u obtener ayuda, llame a Quantum Health al 855-497-1237 (TTY: 711). También puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos al 1-877-267-2323, extensión 61565, o visitar el sitio www.cciio.cms.gov.

¿Provee este [plan](#) cobertura mínima esencial? Sí.

Este plan sí provee cobertura mínima esencial.

¿Cumple este [plan](#) con los estándares mínimos de valor? Sí.

La cobertura médica sí cumple con el estándar mínimo de valor para los beneficios que proporciona.

Servicios de acceso de idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY:711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY:711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

En la siguiente sección se pueden ver ejemplos de la manera en que este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de muestra.

* Si desea información adicional sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en el sitio www.pensions.org.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Este no es estimador de costos. Los tratamientos incluidos son solo ejemplos de la manera en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que realmente reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos factores más. Concéntrese en las cantidades de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar con [planes](#) médicos diferentes. Tome nota de que estos ejemplos de coberturas se basan en la cobertura de sí mismo únicamente.

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](#) es de \$6,000
- [Copago](#) del [especialista](#)
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales del alumbramiento/parto
 Servicios en la instalación del alumbramiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Ejemplo del costo total	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$6,000
Copagos	\$0
Coaseguro	\$1,340
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$7,340

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición médica bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$3,000
- [Copago](#) del [especialista](#)
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Ejemplo del costo total	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coaseguro	\$520
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$3,520

El [plan](#) asumiría el resto de los costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.

Una fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$6,000
- [Copago](#) del [especialista](#)
- [Coaseguro](#) del hospital (instalación) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

Este evento que sirve como EJEMPLO incluye servicios como:

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

Ejemplo del costo total	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800