



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [Plan](#) de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el [Plan](#) el costo de los servicios médicos con cobertura. **NOTA:** La información sobre el costo de este [Plan](#) (llamado [Prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es sólo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o si desea una copia de las condiciones completas de la misma, contacte al Departamento de Servicios a los Miembros de Planstin llamando al 888-920-7526. Si desea definiciones generales de términos comunes, u otros términos SUBRAYADOS, consulte el [Glosario Uniforme](#).

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:   |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el <a href="#">Deducible</a> total?  | \$0   | Consulte el cuadro de eventos médicos comunes a continuación para saber cuáles son los costos de los servicios que cubre este <a href="#">Plan</a> .   |
| ¿Hay servicios con cobertura antes de que alcance su <a href="#">Deducible</a> ?        | No se aplica  | Este <a href="#">Plan</a> no tiene <a href="#">Deducible</a> .   |
| ¿Existen otros <a href="#">Deducibles</a> para servicios específicos?                   | No  | Este <a href="#">Plan</a> no tiene <a href="#">Deducible</a> .   |
| ¿Cuál es el <a href="#">Límite de gastos de bolsillo</a> de este <a href="#">Plan</a> ? | No se aplica  | Este <a href="#">Plan</a> no tiene <a href="#">Límites de gastos de su bolsillo</a>  |
| ¿Qué no está incluido en el <a href="#">Límite de gastos de bolsillo</a> ?              | No se aplica  | Este <a href="#">Plan</a> no tiene <a href="#">Límites de gastos de su bolsillo</a> .  |
| ¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">Proveedor de la Red</a> ?                       | Si. Visite el <a href="#">sitio web de PHCS</a> o llame al 800-922-4362 para obtener una lista de <a href="#">Proveedores de la Red</a> . | Este <a href="#">Plan</a> utiliza la <a href="#">Red de proveedores</a> PHCS. Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">Proveedor de la red</a> del plan. Pagará más si utiliza un <a href="#">Proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">Proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan ( <a href="#">Facturación de Saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">Proveedor de la red</a> puede recurrir a un <a href="#">Proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios. Consulte con su <a href="#">Proveedor</a> antes de recibir servicios. |
| ¿Existen servicios de <a href="#">prescripción</a> ?                                    | Si, descuentos por <a href="#">prescripción</a>   | Hay servicios de <a href="#">Prescripción</a> disponibles a través de OptumRx. Llame al servicio de ayuda de la farmacia al 877-633-4461. Comience a utilizar todas las funciones de su tarjeta de <a href="#">prescripción</a> accediendo al <a href="#">Portal de OptumRx</a> .  |
| ¿Necesita que le <a href="#">refieran</a> a un <a href="#">especialista</a> ?           | No  | Puede acudir al <a href="#">Especialista</a> que elija sin necesidad de <a href="#">Referencia</a> .   |



Todos los [Copagos](#) y [Coseguros](#) indicados en este cuadro se aplican después de haber pagado el [Deducible](#), si éste existe.

| Evento médico común   | Servicios que pueda necesitar  | Lo que pagará                      |  | Limitaciones, excepciones y demás información importante   |
|---|--|------------------------------------|--|--|
|   |  | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) |  |
| Si acude al consultorio de un <a href="#">Proveedor</a> médico o a una clínica  | Consulta de <a href="#">Atención primaria</a> para tratar una lesión o enfermedad  | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|   | Visita al <a href="#">especialista</a>   | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|   | <a href="#">Cuidado preventivo</a> / <a href="#">Chequeo</a> / Vacunación          | Gratuito*                          | Sin cobertura**                        | Se requiere que los <a href="#">*Servicios preventivos</a> estén dentro de la red con PHCS. <a href="#">**El cuidado preventivo fuera de la red</a> no está cubierto por este plan de salud. |
| Si tiene un examen  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (Radiografía)                                   | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|   | Laboratorio/Análisis de sangre   | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|   | Diagnóstico por imagen (resonancia magnética, tomografía computarizada, ecografía) | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o dolencia, hay más información sobre descuentos en <a href="#">Medicamentos con receta en rx.planstin.com</a> | Nivel 1 - Genérico   | Verificar tarjeta de descuento     | Sin descuento                          | Más información en <a href="#">rx.planstin.com</a>   |
|   | Nivel 2 - Marca preferida  | Verificar tarjeta de descuento     | Sin descuento                          | Más información en <a href="#">rx.planstin.com</a>   |
|   | Nivel 3 - Marca no preferida   | Verificar tarjeta de descuento     | Sin descuento                          | Más información en <a href="#">rx.planstin.com</a>   |
| Si tiene cirugía ambulatoria  | Cuota de instalación / CSA   | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|   | Honorarios del médico/cirujano   | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
| Si necesita atención médica inmediata   | <a href="#">Cuidado en la sala de emergencias</a>                                  | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                    | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|   | <a href="#">Atención urgente</a>   | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |

[\* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [planstin.com/resources.](#)]

| Evento medico común  | Servicios que pueda necesitar                | Lo que pagará                      |  | Limitaciones, excepciones y demás información importante   |
|--|--|------------------------------------|--|--|
|  |  | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) |  |
| <b>Si está hospitalizado</b>   | Costo del hospital (ej., cuarto de hospital) | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | Honorarios del médico/cirujano               | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental y conductual o por abuso de sustancias</b>    | Servicios ambulatorios                       | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | Servicios de hospitalización                 | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio (especialista)        | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | Servicios profesionales de parto             | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | Parto / Servicios de paritorio               | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>  | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>  | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>    | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | <a href="#">Cuidados especializados</a>      | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | <a href="#">Equipo médico durable</a>        | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | <a href="#">Servicios de hospicio</a>        | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
| <b>Si su hijo necesita atención dental u ocular</b>                                    | Evaluación de la agudeza visual infantil     | Gratuito*                          | Sin cobertura **                       | Se requiere que los <a href="#">*Servicios preventivos</a> estén dentro de la red con PHCS. <a href="#">**El cuidado preventivo fuera de la red</a> no está cubierto por este plan de salud. |
|  | Anteojos para niños                          | Sin cobertura                      | Sin cobertura                          |  |
|  | Barniz fluorado para niños                   | Gratuito*                          | Sin cobertura **                       | Se requiere que los <a href="#">*Servicios preventivos</a> estén dentro de la red con PHCS. <a href="#">**El cuidado preventivo fuera de la red</a> no está cubierto por este plan de salud. |

[\* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [planstin.com/resources](http://planstin.com/resources).]

## Servicios excluidos y otros servicios con cobertura:

Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (Consulte su póliza o el documento del [Plan](#) si desea más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cuidado dental para adultos</li><li>• Cuidado ocular para adultos</li><li>• Anestesia</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Transfusiones de sangre o tratamientos con plasma</li><li>• Tratamiento del cáncer</li><li>• Pruebas de estrés cardiovascular</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento quiropráctico manipulativo</li><li>• Equipo médico durable</li><li>• Servicios de sala de emergencias</li><li>• Essure</li><li>• Procedimientos de secuencia genómica</li><li>• Hospitalización o centro hospitalario</li><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Cirugía hospitalaria o ambulatoria</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Parto y alumbramiento</li><li>• Principales pruebas diagnósticas</li><li>• Salud mental</li><li>• Visitas al doctor (cuidado primario, especialista, cuidado urgente)</li><li>• Servicios de patología</li><li>• Fisioterapia o terapia ocupacional</li><li>• Ligadura de trompas</li><li>• Vasectomía</li></ul> |
|---|---|--|

Otros servicios con cobertura (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte con el documento de su [Plan](#).)

- Los servicios/cuidados preventivos deben estar dentro de la red de PHCS. El cuidado preventivo fuera de la red no está cubierto.

**Sus derechos para continuar la cobertura:** Hay entidades que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura una vez finalizada. Para lograr esto, contacte al Dpto. de Servicios a los Miembros de Planstin al 888-920-7526 o escribiendo a [member@planstin.com](mailto:member@planstin.com). También existen otras opciones para continuar con la cobertura, como adquirir un seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 800-318-2596

**Sus derechos de reclamo y apelación:** Existen entidades que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [Plan](#) por la denegación de un [Reclamo](#). Esta queja se llama [Reclamo](#) o [Apelación](#). Si desea más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá para ese [Reclamo](#) médico. Los documentos de su [Plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [Reclamo](#), [Apelación](#), o una [Queja](#) por cualquier motivo a su [Plan](#). Si necesita más información sobre sus derechos, este aviso, o ayuda, contacte al: Dpto. de Servicios a los Miembros de Planstin al 888-920-7526 o [member@planstin.com](mailto:member@planstin.com).

### ¿Ofrece este plan una Cobertura Mínima Esencial? SI

Si no dispone de la [Cobertura Mínima Esencial](#) durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que reúna los requisitos para una exención del requisito de tener cobertura médica durante ese mes.

### ¿Cumple este plan las Normas de Valores Mínimos? NO

Si su [Plan](#) no cumple las [Normas de Valores Mínimos](#), es posible que pueda optar a un [Crédito Fiscal para Primas](#) que le ayude a pagar el plan a través del [Mercado](#).

### Tramitación de reclamos fuera de la red:

Salvo que las normas estatales o federales exijan lo contrario, el importe máximo que el plan está obligado a pagar por servicios brindados por un proveedor no primario de PPO será el menor de los cargos facturados por el proveedor de servicios con cobertura y un importe determinado por uno o más de los siguientes, que a veces podemos modificar para mantener la razonabilidad del Importe Permitido:

- Utilizando datos públicos actuales que se suelen reembolsar a los proveedores por servicios profesionales iguales o similares.
- Utilizando importes calculados en base a lo que Medicare reembolsaría por servicios facturados.
- Utilizando las tarifas negociadas con el proveedor de todos los servicios ofrecidos en virtud de un contrato de red no primaria o de un acuerdo específico para reclamos.

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es un calculador de costos.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [Plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que le cobren sus [Proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en los importes de los [Costos compartidos](#) ([Deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [Servicios excluidos](#) del [Plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Recuerde que estos ejemplos de cobertura se basan únicamente en auto cobertura.

### 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                     | \$0.00 |
| ■ Copago por visita al especialista [Sin cobertura] | \$0.00 |
| ■ Copago por imágenes [Sin cobertura]               | \$0.00 |
| ■ Copago por laboratorio [Sin cobertura]            | \$0.00 |
| ■ Hospital (Instalación) [Sin cobertura]            | \$0.00 |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Consultas de especialistas (*Cuidado prenatal*) x5  
Pruebas diagnósticas (*Ecografías*) x2  
Pruebas diagnósticas (*Análisis de sangre*) x10  
Servicios profesionales de parto y alumbramiento  
Servicios de parto y alumbramiento (*Anestesia incluida*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$6,500</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Reparto de gastos                  |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| Deducibles                         | \$0.00            |
| Copagos                            | \$0.00            |
| Coseguro                           | \$0.00            |
| Lo que <b>NO</b> cubre             |                   |
| Límites o exclusiones              | \$6,500.00        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$6,500.00</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe (Un año de cuidado rutinario dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

|   |        |
|---|--------|
| ■ El deducible general del plan                         | \$0.00 |
| ■ Copago por visita de cuidado primario [Sin cobertura] | \$0.00 |
| ■ Meds de nivel 2 [Descuentos se pasan al miembro]      | \$0.00 |
| ■ Copago de laboratorio [Sin cobertura]                 | \$0.00 |
| ■ Equipo médico durable [Sin cobertura]                 | \$0.00 |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visita al médico de atención primaria (*Incluida la educación sobre la enfermedad*) x2  
Pruebas diagnósticas (*Análisis de sangre*) x5  
Medicamentos recetados (*Mensual*) x12  
Equipo médico durable (*Medidor de glucosa*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$1,500</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Reparto de gastos                  |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| Deducibles                         | \$0.00            |
| Copagos                            | \$0.00            |
| Coseguro                           | \$0.00            |
| Lo que <b>NO</b> cubre             |                   |
| Límites o exclusiones              | \$1,500.00        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,500.00</b> |

### Fractura simple de Mia (Visita a la sala de emergencias y cuidado de seguimiento dentro de la red)

|  |        |
|--|--------|
| ■ El deducible general del plan                    | \$0.00 |
| ■ Copago por especialista [Sin cobertura]          | \$0.00 |
| ■ Servicios de sala de emergencias [Sin cobertura] | \$0.00 |
| ■ Equipo médico durable [Sin cobertura]            | \$0.00 |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Servicios de especialistas en rehabilitación (*Fisioterapia*) x5  
Atención en sala de emergencias (*Suministros incluidos*)  
Pruebas diagnósticas en sala de emergencias (*Rayos X*)  
Equipo médico durable (*Muletas*)

|                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$3,000.00</b> |
|--------------------------------|-------------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Reparto de gastos                  |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| Deducibles                         | \$0.00            |
| Copagos                            | \$0.00            |
| Coseguro                           | \$0.00            |
| Lo que <b>NO</b> cubre             |                   |
| Límites o exclusiones              | \$3,000.00        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$3,000.00</b> |

El plan se encargaría de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios con cobertura.