



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 Depto. 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 Deducible total?	\$3,000/Individuo \$6,000/Familia	En general, usted debe pagar todos los costos de los Proveedores hasta el monto del Deducible antes de que este Plan comience a pagar. Si tiene otros familiares afiliados al Plan , deberá alcanzar el Deducible familiar total antes de que el Plan empiece a pagar.
¿Hay servicios con cobertura antes de que alcance su Deducible ?	Si	Este Plan cubre los Servicios preventivos incluso si aún no ha alcanzado el monto del Deducible , siempre y cuando estos Servicios preventivos se obtengan de un proveedor de la red. Para los servicios preventivos fuera de la red, el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no hay una tarifa de Medicare, el Plan pagará las tarifas UCR (Usual, habitual y razonable) .
¿Existen otros Deducibles para servicios específicos?	No	No se aplica
¿Cuál es el Límite de gastos de bolsillo de este Plan ?	\$6,500/Individuo \$13,000/Familia	El Límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar por los servicios cubiertos. Si otros familiares están afiliados a este Plan , deberá cumplir el Límite de gastos de bolsillo para toda la familia.
¿Qué no está incluido en el Límite de gastos de bolsillo ?	Copagos por determinados servicios, Primas , cargos por Facturación de saldos , y atención médica que este Plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el Límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un Proveedor de la Red ?	Si. Visite el sitio web de PHCS o llame al 800-922-4362 si desea una lista de Proveedores de la Red	Este Plan utiliza la Red de proveedores PHCS. Usted pagará menos si utiliza un Proveedor de la Red del plan. Pagará más si utiliza un Proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un Proveedor por la diferencia entre el cargo del Proveedor y lo que paga su Plan (Facturación de saldo). Recuerde que su Proveedor de la red pueda recurrir a un Proveedor fuera de la red para algunos servicios.
¿Hay servicios de prescripción?	Si, descuentos por prescripción	Hay descuentos por prescripción disponibles en OptumRx. Llame al servicio de ayuda de la farmacia al 877-633-4461. Empiece a utilizar todas las funciones de su tarjeta de prescripción en el Portal de OptumRx .
¿Necesita que le refieran a un especialista ?	No	Puede acudir al Especialista que elija sin necesidad de Referencia



Todos los costos de [Copago](#) y [Coseguro](#) que se muestran en este cuadro son después de haber pagado su [Deducible](#), si se aplica un deducible.

Evento medico común	Servicios que pueda necesitar	Lo que pagará	Limitaciones, excepciones y demás información importante
Si acude al consultorio de un Proveedor médico o a una clínica	Consulta de Atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago/visita DESPUÉS de pagar el deducible.	El Copago con un proveedor de la red se aplica una vez alcanzado el deducible. Para los servicios Fuera de la rec , el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no existe una tarifa de Medicare, el plan pagará las tarifas UCR (Usual, Habitual y Razonable) .
	Visita al especialista	\$60 de copago/visita DESPUÉS de pagar el deducible..	El Copago con un proveedor de la red se aplica una vez alcanzado el deducible. Para los servicios Fuera de la rec , el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no existe una tarifa de Medicare, el plan pagará las tarifas UCR (Usual, Habitual y Razonable) .
	Cuidado preventivo/Chequeo/ Vacunación	Gratuito	Se requiere que los Servicios Preventivos estén dentro de la red con PHCS. Para los servicios preventivos Fuera de la red , el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no hay una tarifa de Medicare, el plan pagará las tarifas UCR (Usual, Habitual y Razonable) . Si ha recibido una factura de su proveedor por servicios preventivos, llame a Servicios para Miembros al (888) 920-7526.
Si tiene un examen	Prueba diagnóstica (Radiografía)	Sin cobertura	
	Laboratorio/Análisis de sangre	\$10 de copago/lab DESPUÉS de pagar el deducible.	El Copago con un proveedor de la red se aplica una vez alcanzado el deducible. Para los servicios Fuera de la rec , el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no existe una tarifa de Medicare, el plan pagará las tarifas UCR (Usual, Habitual y Razonable) .
	Imágenes (Resonancia magnética, tomografía computarizada, ecografía)	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o dolencia, hay más información sobre descuentos en Medicamentos con receta en rx.planstin.com	Nivel 1 – Genérico	Verificar tarjeta de descuento	Visite rx.planstin.com para más Información
	Nivel 2 – Marca preferida	Verificar tarjeta de descuento	Visite rx.planstin.com para más Información
	Nivel 3 – Marca no preferida	Verificar tarjeta de descuento	Visite rx.planstin.com para más Información
Si tiene cirugía ambulatoria	Cuota de instalación / CSA	Sin cobertura	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	Sin cobertura	
	Transporte médico de emergencia	Sin cobertura	
	Atención urgente	Sin cobertura	

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

Evento médico común	Servicios que pueda necesitar	Lo que pagará	Limitaciones, excepciones y demás información importante
Si está hospitalizado	Costo de hospital (ej., cuarto de hospital)	Sin cobertura	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental y conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cobertura	
	Servicios de hospitalización	Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$60 de copago/visita DESPUÉS de pagar el deducible.	El Copago con un proveedor de la red se aplica una vez alcanzado el deducible. Para los servicios Fuera de la red , el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no existe una tarifa de Medicare, el plan pagará las tarifas UCR (Usual, Habitual y Razonable) .
	Servicios profesionales de parto	Sin cobertura	
	Parto / Servicios de paritorio	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	Sin cobertura	
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	
	Cuidados especializados	Sin cobertura	
	Equipo médico durable	Sin cobertura	
	Servicios de hospicio	Sin cobertura	
Si su hijo necesita atención dental u ocular	Evaluación de la agudeza visual infantil	Gratuito	Se requiere que los Servicios Preventivos estén dentro de la red con PHCS. Para los servicios preventivos Fuera de la red , el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no hay una tarifa de Medicare, el plan pagará las tarifas UCR (Usual, Habitual y Razonable) .
	Anteojos para niños	Sin cobertura	
	Barniz fluorado para niños	Gratuito	Se requiere que los Servicios Preventivos estén dentro de la red con PHCS. Para los servicios preventivos Fuera de la red , el plan paga el 150% de las tarifas de reembolso de Medicare. Si no hay una tarifa de Medicare, el plan pagará las tarifas UCR (Usual, Habitual y Razonable) .

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">• Acupuntura• Cuidado dental para adultos• Cuidado ocular para adultos• Anestesia• Cirugía bariátrica• Cáncer• Radiografías o diagnóstico por imágenes | <ul style="list-style-type: none">• Equipo médico durable• Servicios de sala de emergencias• Essure• Pruebas genéticas / secuencia genómica• Atención médica a domicilio / Hospicio• Admisión o centro hospitalario• Tratamiento de la infertilidad | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía hospitalaria o ambulatoria• Parto y alumbramiento• Cuidados a largo plazo• Servicios de patología• Ligaduras de trompas• Visitas urgentes al consultorio• Vasectomía |
|--|---|--|

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

- Se requiere que los servicios/cuidados preventivos estén dentro de la red con PHCS. Los cuidados preventivos fuera de la red no tienen cobertura.
- Las visitas de atención primaria dentro de la red y a especialistas dentro de la red y los análisis de laboratorio dentro de la red se aplicarán al deducible. La atención fuera de la red no se aplicará al deducible.
- Las visitas de atención primaria dentro de la red y a especialistas dentro de la red y los análisis de laboratorio dentro de la red cuentan para el límite de gastos de bolsillo. La atención fuera de la red no cuenta para el límite de gastos de bolsillo.

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 llamando al 888-920-7526 o escribiendo a 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 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.

¿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 la 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 reflejen los honorarios que se suelen reembolsar a los proveedores por servicios profesionales iguales o similares, ajustados a las diferencias geográficas donde corresponda.
- Utilizando importes calculados en base a lo que Medicare reembolsaría por servicios facturados.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este 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	\$3,000
■ Copago por visita al especialista [<i>Deducible no pagado</i>]	\$0
■ Copago por imágenes [<i>Sin cobertura</i>]	\$0
■ Copago por análisis de laboratorio [<i>Deducible no pagado</i>]	\$0
■ Hospital (Instalación) [<i>Sin cobertura</i>]	0%

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*)

Costo total del ejemplo	\$6,500
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Reparto de gastos</i>	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que NO cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$6,500
El total que Peg pagaría es	\$6,500

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	\$3,000
■ Copago por visita de cuidado primario [<i>Deducible no pagado</i>]	\$0
■ Nivel 2 Rx [<i>Los descuentos se transfieren al miembro</i>]	\$0
■ Copago por análisis de laboratorio [<i>Deducible no pagado</i>]	\$0
■ Equipo médico durable [<i>Sin cobertura</i>]	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas 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*)

Costo total del ejemplo	\$1,500
--------------------------------	----------------

■ En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Reparto de gastos</i>	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que NO cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$1,500
El total que Joe pagaría es	\$1,500

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Copago por especialista [<i>Deducible no pagado</i>]	\$0
■ Servicios de sala de emergencias [<i>Sin cobertura</i>]	0%
■ Equipo médico durable [<i>Sin cobertura</i>]	0%

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*)

Costo total del ejemplo	\$3,000
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Reparto de gastos</i>	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que NO cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$3,000
El total que Mia pagaría es	\$3,000

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