




The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.cascadeselect.org/plans or call 1-866-907-1906. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-318-2596 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
Are there services covered before you meet your deductible?	Preventive care services, primary care, laboratory tests, and urgent care office visits, and generic brand drugs are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Are there other deductibles for specific services?	\$500 for an individual; \$1,000 for a family	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	\$5,520 for an individual; \$10,500 for a family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Out-of-network services are not included in out-of-pocket limit	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. There are no out-of-network providers in this plan.	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No referral is required to see an in-network specialist or provider	You can see the in-network specialist you choose without a referral .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 copay	Not Covered	
	Specialist visit	\$40 copay	Not Covered	
	Preventive care/screening/immunization	\$0 copay	Not Covered	
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	Lab work: \$20 copay X-rays: \$30 copay	Not Covered	Does not include genetic tests. Genetic tests are 20% coinsurance.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$300 copay	Not Covered	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at https://www.cascadeselect.org/prescription-drugs	Generic drugs	\$10 per 30-day supply \$27 per 90-day supply	Not Covered	Prescription drugs are provided up to a 90 day supply at participating retail pharmacies or through mail order.
	Preferred brand drugs	\$60 per 30-day supply \$162 per 90-day supply	Not Covered	Prescription drugs are provided up to a 90 day supply at participating retail pharmacies or through mail order.
	Non-preferred brand drugs	\$100 per 30-day supply	Not Covered	Copay after deductible. Coverage is limited to a 30-day supply
	Specialty drugs	\$100 per 30-day supply	Not Covered	Copay after deductible. Coverage is limited to a 30-day supply at specialty pharmacy. *Enrollee cost sharing for insulin as follows: (1) cap total monthly out-of-pocket at \$100 / 30-day supply; (2) insulin is not subject to deductible
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$350 copay	Not Covered	Copay after deductible
	Physician/surgeon fees	\$75 copay	Not Covered	Copay after deductible
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$450 copay	\$450 copay	Copay after deductible. Copay is waived if admitted as inpatient within 24 hours. Cost-sharing for Emergency Care Services is the same whether a member obtains services from an in-network or out-of-

[* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at [cascadeselect.org](https://www.cascadeselect.org).]

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	Emergency medical transportation	\$375 copay	\$375 copay	network provider in an emergency situation Cost-sharing for Emergency Care Services is the same whether a member obtains services from an in-network or out-of-network provider in an emergency situation
	Urgent care	\$35 copay	Not covered	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$525 per day	Not Covered	Copay after deductible. Limit on 5 copayments per hospital stay. Preauthorization required.
	Physician/surgeon fees	\$0 copay	Not Covered	Physician/surgeon hospital visit fees are included with the facility copay.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$15 copay	Not Covered	
	Inpatient services	\$525 per day	Not Covered	Copay after deductible. Limit on 5 copayments per inpatient treatment stay.
If you are pregnant	Office visits	\$15 copay	Not Covered	
	Childbirth/delivery professional services	\$525 per day	Not Covered	Copay after deductible. Limit on 5 copayments per hospital day.
	Childbirth/delivery facility services	\$525 per day	Not Covered	Copay after deductible. Limit on 5 copayments per hospital day.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	20% coinsurance	Not Covered	Coinsurance after deductible; limit to 130 visits per calendar year. Preauthorization required.
	Rehabilitation services	\$25 copay	Not Covered	Includes physical, speech, and occupational therapies. 25 visit maximum for all rehabilitation therapy services per calendar year.
	Habilitation services	\$25 copay	Not Covered	Includes physical, speech, and occupational therapies. 25 visit maximum for all habilitation therapy services per calendar year.
	Skilled nursing care	\$350 per day	Not Covered	Copay after deductible. 60 days per calendar year; limit on 5 copayments per

[* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at cascadeselect.org.]

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not Covered	stay. Coinsurance after deductible
	Hospice services	20% coinsurance	Not Covered	Coinsurance after deductible, preauthorization required.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$0 copay	Not Covered	1 exam per calendar year for routine vision screening and 1 comprehensive eye exam per calendar year.
	Children's glasses	\$0 copay	Not Covered	Limited to children under age 19. One pair of prescription lenses or contacts every Calendar Year, including polycarbonate lenses and scratch resistant coating. One pair of frames per Calendar Year, or contact lenses (in lieu of lenses and frames). Includes fitting fee.
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Out-of-network providers • Dental Services • Infertility Treatment 	<ul style="list-style-type: none"> • Private Duty Nursing • Routine Eye Exams for Adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Hearing Care • Adult Orthodontia

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Routine Foot Care • Reconstruction Surgery 	<ul style="list-style-type: none"> • Newborn Care • Acupuncture 	<ul style="list-style-type: none"> • Chiropractic Care • Cochlear Implants

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: [WAHBE 1-855-923-4633]. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318- 2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: 1-866-907-1906.

[* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at cascadeselect.org.]

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? [Yes]

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? [Not Applicable]

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-907-1906.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-907-1906.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-907-1906.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-907-1906.]

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.08** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$500
- [Specialist \[cost sharing\]](#) \$40
- Hospital (facility) [\[cost sharing\]](#) \$525 per day

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$1,271
Coinsurance	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$61
The total Peg would pay is	\$1,332

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$500
- [Specialist \[cost sharing\]](#) \$40
- Hospital (facility) [\[cost sharing\]](#) \$525 per day

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$500
Copayments	\$1,096
Coinsurance	\$58
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$22
The total Joe would pay is	\$1,676

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$500
- [Specialist \[cost sharing\]](#) \$40
- Hospital (facility) [\[cost sharing\]](#) \$525 per day

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$500
Copayments	\$660
Coinsurance	\$48
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,208

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) comparten el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominada la [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite <https://www.cascadeselect.org/plans> o llame al 1-866-907-1906. Para consultar las definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otro términos subrayados, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es esto importante:
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Los servicios de atención preventiva, los servicios de atención primaria, los análisis de laboratorio, las visitas al consultorio por atención de urgencia, y los medicamentos genéricos están cubiertos antes de que usted alcance su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si no alcanzó el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de alcanzar su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	\$500 para una persona \$1,000 para una familia	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos que paga de su bolsillo para este plan ?	\$5,520 para una persona \$10,500 para una familia	El límite de gastos que paga de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos que paga de su bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos que paga del bolsillo de toda la familia.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de su bolsillo ?	Los servicios fuera de la red no están incluidos en el límite de los gastos de su bolsillo.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Este plan no incluye proveedores fuera de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Usted pagará el máximo si usa 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 del saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de su red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como trabajo de parto). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No se requieren derivaciones para ver a un especialista o proveedor de la red.	Usted puede usar el especialista de la red que elija sin una derivación.



Todos los costos de sus [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en esta tabla son posteriores a que se haya alcanzado su [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que pueda necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la menor cantidad)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$15	No cubiertos	
	Consulta a un especialista	Copago de \$40	No cubiertos	
	Atención preventiva/examen de detección /vacunas	Copago de \$0	No cubiertos	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: copago de \$20 Radiografías: copago de \$30	No cubiertos	No se aplica a pruebas genéticas. Aplica coseguro de 20%.
	Examen de imágenes (tomografías TC/PET, IRM)	Copago de \$300	No cubiertos	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre cobertura de medicamentos con receta disponible en https://www.cascadeselect.org/prescription-drugs	Medicamentos genéricos	\$10 un suministro para 30 días como máximo \$27 un suministro para 90 días como máximo	No cubiertos	Los medicamentos con receta se proporcionan con un suministro para 90 días en farmacias minoristas participantes o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 un suministro para 30 días como máximo \$162 un suministro para 90 días como máximo	No cubiertos	Los medicamentos con receta se proporcionan con un suministro para 90 días en farmacias minoristas participantes o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$100 un suministro para 30 días como máximo	No cubiertos	Copago después del deducible. La cobertura está limitada para un suministro para 30 días.
	Medicamentos especializados	\$100 un suministro para 30 días como máximo	No cubiertos	Copago después del deducible. La cobertura está limitada para un suministro para 30 días en farmacias especializadas. *El costo compartido para la insulina de los inscritos es de la siguiente manera: (1) límite total mensual de gastos que paga de su bolsillo de \$100 por un suministro para 30 días; (2) la insulina no está sujeta a deducibles.

Evento médico común	Servicios que pueda necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la menor cantidad)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad)	
Si tiene cirugía para pacientes ambulatorios	Cargos por el uso de las instalaciones (p. ej., centros quirúrgicos ambulatorios)	Copago de \$350	No cubiertos	Copago después del deducible
	Honorarios del médico/cirujano	Copago de \$75	No cubiertos	Copago después del deducible
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	Copago de \$450	Copago de \$450	Copago después del deducible. Se exime el copago si se lo ingresa como paciente internado en un plazo de 24 horas. El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene los servicios de un proveedor dentro de la red o de un proveedor fuera de la red en una situación de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$375	Copago de \$375	El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene los servicios de un proveedor dentro de la red o de un proveedor fuera de la red en una situación de emergencia.
	Atención de urgencia	Copago de \$35	No cubierto	
Si está hospitalizado	Cargos por el uso de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	\$525 por día	No cubiertos	Copago después del deducible. Límite de 5 copagos por hospitalización. Se requiere preautorización.
	Honorarios del médico/cirujano	Copago de \$0	No cubiertos	Visitas al hospital de médico o cirujano son incluidas con el copago del centro médico.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual, o para problemas de consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$15	No cubiertos	
	Servicios para pacientes internados	\$525 por día	No cubiertos	Copago después del deducible. Límite de 5 copagos por hospitalización para tratamiento de paciente internado.
Si está embarazada	Visitas al consultorio médico	Copago de \$15	No cubiertos	
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	\$525 por día	No cubiertos	Copago después del deducible. Límite de 5 copagos por día de hospitalización.

Evento médico común	Servicios que pueda necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la menor cantidad)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento/parto	\$525 por día	No cubiertos	Copago después del deducible. Límite de 5 copagos por día de hospitalización.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 20%	No cubiertos	Coseguro después del deducible; Límite de 130 visitas por año calendario. Se requiere preautorización.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$25	No cubiertos	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Máximo de 25 visitas para todos los servicios de terapia de rehabilitación por año calendario.
	Servicios de habilitación	Copago de \$25	No cubiertos	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Máximo de 25 visitas para todos los servicios de terapia de habilitación por año calendario.
	Servicios de enfermería especializada	\$350 por día	No cubiertos	Copago después del deducible. 60 días por año calendario; límite de 5 copagos por hospitalización.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	No cubiertos	Coseguro después del deducible
	Servicios de hospicio	Coseguro del 20%	No cubiertos	Coseguro después del deducible; Se requiere preautorización.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$0	No cubiertos	1 examen por año calendario para exámenes de detección de la vista de rutina y 1 examen integral de la vista por año calendario.
	Anteojos para niños	Copago de \$0	No cubiertos	Limitado para niños menores de 19 años. Un par de anteojos o lentes de contacto recetados por año calendario, incluidos los anteojos de policarbonato y con revestimiento antirayas. Un par de monturas por año calendario o lentes de contacto (en lugar de lentes de contacto y monturas). Incluye el cargo por ajuste.
	Control dental para niños	No cubiertos	No cubiertos	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) suele NO cubrir (Consulte su póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Proveedores fuera de la red
- Servicios dentales
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención de enfermería privada
- Examen de la vista de rutina para adultos
- Atención para la audición
- Ortodoncia para adultos

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cuidado de rutina de los pies
- Atención del recién nacido
- Atención quiropráctica
- Cirugía reconstructiva
- Acupuntura
- Implantes cocleares

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudar si usted desea continuar su cobertura después de que termina. La información de contacto para aquellas agencias es la siguiente: [WAHBE 1-855-923-4633]. Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro médico individual a través del Mercado de [seguro médico](#). Para obtener más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamos y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudar si tiene una queja en contra de su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [reclamación](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar ante su [plan](#) un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [reclamación](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese a: 1-866-907-1906.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? [Sí]

La [Cobertura esencial mínima](#) suele incluir [planes](#), [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado](#) u otras políticas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otra cobertura determinada. Si usted es elegible para determinados tipos de [Cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿Cumple este plan con los estándares de valores mínimos? [No se aplica]

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valores mínimos](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-907-1906].

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-907-1906].

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-907-1906].

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-907-1906].

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA): según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona tendrá la obligación de responder a un instrumento de recopilación de información que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control vigente de la OMB para la recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de **0.08** horas por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios de los cargos de sus [proveedores](#), y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#), y [coseguro](#)) y [los servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que pagaría con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura propia.

Peg está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal de la red y un parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) \$525 per day

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Consulta a un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,271
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$61
El total que Peg pagaría es	\$1,332

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(atención de rutina de la red de una afección bien controlada por un año)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) \$525 per day

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [médico de atención primaria](#) (incluyendo educación sobre enfermedades)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$1,096
Coseguro	\$58
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$22
El total que Joe pagaría es	\$1,676

Factura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) \$525 per day

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$660
Coseguro	\$48
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,208

El [plan](#) será responsable por los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.