



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, go to www.meritain.com or call (800) 925-2272. 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 Meritain Health, Inc. at (800) 925-2272 to request a copy.

Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this <u>plan</u> covers.
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u> ?	Yes. All services are covered before you meet a <u>deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply.
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u> ?	Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
Will you pay less if you use a <u>network provider</u> ?	Yes. See www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain or call (800) 343-3140 for a list of <u>network providers</u> .	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's charge</u> and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware, your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



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
		Participating Provider (you will pay the least)	Non-Participating Provider (you will pay the most)	
If you visit a health care <u>provider's</u> office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 <u>copay</u> /visit (office visit)/No Charge (all other services)	Not Covered	<u>Copay</u> applies to the physician office visit only, 1 <u>copay</u> for each visit. See below for more info regarding your cost for other services for participating <u>providers</u> . You will pay a \$5 <u>copay</u> (<u>deductible</u> does not apply) if you receive consultation services through Teladoc.
	<u>Specialist</u> visit	\$15 <u>copay</u> /visit (office visit)/No Charge (all other services)	Not Covered	Includes virtual care visits. Your cost share may be different, depending on the <u>provider</u> rendering these services. Refer to your <u>plan</u> for more information.
	<u>Preventive care</u> / <u>screening</u> /immunization	\$15 <u>copay</u> /visit (office visits)/No Charge (all other services)	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <u>provider</u> if the services you need are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for. For a colonoscopy, you pay \$60 <u>copay</u> . <u>Copay</u> applies to each office visit. For blood work, <u>copay</u> will apply when services are rendered at a free-standing facility or sent out by your <u>provider</u> .
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	\$35 <u>copay</u> /visit	Not Covered	For blood work, 1 <u>copay</u> per day per <u>provider</u> applies. For x-ray and <u>diagnostic testing</u> , <u>copay</u> applies per type of procedure.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$35 <u>copay</u> /visit/No Charge (US Imaging Program facilities)	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied. <u>Copay</u> applies per type of x-ray procedure.
If you need drugs to treat your illness or	Generic drugs	\$15 <u>copay</u> (retail)/\$14 <u>copay</u> (mail order)	Not Covered	Covers up to a 34-day supply (retail prescription); 90-day supply (mail order prescription). The <u>copay</u> applies per prescription. <u>Specialty drugs</u>

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (you will pay the least)	Non-Participating Provider (you will pay the most)	
condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.caremark.com	Preferred brand drugs	\$20 <u>copay</u> (retail)/\$18 <u>copay</u> (mail order)	Not Covered	must be obtained from the specialty pharmacy <u>network</u> . After the 1st \$5,000, you pay 50% <u>copay</u> for retail & mail order prescriptions. There is a \$10 <u>copay</u> for generic drugs filled through the pharmacies at Wal-Mart, Sam's Club or CVS. A brand name drug with a generic available is not covered.
	Non-preferred brand drugs	Not Covered	Not Covered	
	<u>Specialty drugs</u>	Paid the same as generic and brand name drugs	Not Covered	
If you have outpatient surgery	<u>Facility fee</u> (e.g., ambulatory surgery center)	\$60 <u>copay</u> /occurrence	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required unless performed in an office setting. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied. One <u>copay</u> per day per <u>provider</u> applies. <u>Preauthorization</u> required unless performed in an office setting. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied. One <u>copay</u> per day per <u>provider</u> applies.
	Physician/surgeon fees	\$60 <u>copay</u> /visit	Not Covered	
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$65 <u>copay</u> /visit (<u>emergency services</u>) /\$65 <u>copay</u> /visit, then 50% <u>coinsurance</u> (<u>non-emergency services</u>)	Not Covered	<u>Copay</u> applies per visit. Special provisions may apply for emergency room services rendered by a non-participating <u>provider</u> . Review your current <u>plan</u> document for further information.
	<u>Emergency medical transportation</u>	No Charge (<u>emergency services</u>)/Not Covered (<u>non-emergency services</u>)	20% <u>coinsurance</u> (<u>emergency services</u>)/Not Covered (<u>non-emergency services</u>)	Air ambulance services by a Non-Participating <u>Provider</u> for an Emergency Medical Condition will be paid at the Participating <u>Provider</u> level of benefits.
	<u>Urgent care</u>	\$15 <u>copay</u> /visit	Not Covered	<u>Copay</u> applies per visit regardless of what services are rendered. If you have no choice of <u>providers</u> and/or there is no participating <u>provider</u> available within 50 miles, you pay 20% <u>coinsurance</u> for a non-participating <u>provider</u> .

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (you will pay the least)	Non-Participating Provider (you will pay the most)	
If you have a hospital stay	<u>Facility fee</u> (e.g., hospital room)	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Not Covered	Not Covered	For mental health, services for attention deficit disorder & attention deficit hyperactivity disorder are covered for children under 19. This includes office visits, testing & medical management.
	Inpatient services	Not Covered	Not Covered	Not Covered
If you are pregnant	Office visits	\$15 <u>copay</u> /visit	Not Covered	Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound). <u>Preauthorization</u> required for inpatient hospital stays in excess of 48 hrs (vaginal delivery) or 96 hrs (c-section). If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered	
	Childbirth/delivery facility services	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission	Not Covered	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	No Charge	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
	<u>Rehabilitation services</u>	\$30 <u>copay</u> /visit	Not Covered	<u>Copay</u> applies per visit. Physical, occupational, speech/hearing & cardiac therapy limited to 30 visits per each type of therapy per year.
	<u>Habilitation services</u>	Not Covered	Not Covered	Not Covered
	<u>Skilled nursing care</u>	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission (inpatient)/\$30 <u>copay</u> /visit (outpatient)	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied. <u>Copay</u> applies per visit for outpatient services.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required for any item in excess of \$1,500. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (you will pay the least)	Non-Participating Provider (you will pay the most)	
	<u>Hospice services</u>	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission	Not Covered	Bereavement counseling is not covered. <u>Preauthorization</u> required for inpatient services. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not Covered	Not Covered	Not Covered
	Children's glasses	Not Covered	Not Covered	Not Covered
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	Dental coverage is not provided under the medical <u>plan</u> .

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.)

- Acupuncture
- Bariatric surgery
- Chiropractic care
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child)
- Habilitation services
- Hearing aids
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Routine eye care (Adult) - (Adult & Child) (covered under stand alone vision plan)
- Routine foot care
- Weight loss programs
- Glasses
- Ambulance transportation for non-emergency services
- Bereavement counseling
- Emergency room services for non-emergency services
- Mental health disorders
- Most coverage provided outside the United States. See www.meritain.com
- Substance use disorders

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Private-duty nursing

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:

- For more information on your rights to continue coverage, contact the plan at (800) 925-2272.
- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- For non-federal governmental group health plans, you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.
- If your coverage is a church plan, church plans are not covered by the Federal COBRA continuation coverage rules. If the coverage is insured, individuals should contact their State insurance regulator regarding their possible rights to continuation coverage under State law.

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 the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

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 Minimum Value Standards? Yes.

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.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section

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 <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$0
■ <u>Specialist</u> <u>copayment</u>	\$15
■ Hospital (facility) <u>copayment</u>	\$60
■ Other <u>copayment</u>	\$0

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:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	0
<u>Copayments</u>	700
<u>Coinsurance</u>	0
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	760

Managing Joe's Type 2 Diabetes

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

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$0
■ <u>Specialist</u> <u>copayment</u>	\$15
■ Hospital (facility) <u>copayment</u>	\$60
■ Other <u>copayment</u>	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care provider office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
Prescription drugs
Diabetic supplies (*glucose meter*)

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

In this example, Joe would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	0
<u>Copayments</u>	700
<u>Coinsurance</u>	0
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	720

Mia's Simple Fracture

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

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$0
■ <u>Specialist</u> <u>copayment</u>	\$15
■ Hospital (facility) <u>copayment</u>	\$60
■ Other <u>copayment</u>	\$0

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:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	0
<u>Copayments</u>	300
<u>Coinsurance</u>	50
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	350



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.meritain.com o llame al (800) 925-2272. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a Meritain Health, Inc. al (800) 925-2272 para pedir una copia.

Preguntas	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Todos los servicios están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	No aplica.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos</u> de bolsillo.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	No aplica.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos</u> de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain o llame al (800) 343-3140.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted 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 acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Visitas al consultorio: \$15 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	El <u>copago</u> solo se aplica a las visitas en el consultorio del médico; 1 <u>copago</u> por cada visita. A continuación encontrará más información sobre el costo de otros servicios brindados por <u>proveedores</u> participantes. Si recibe servicios de consulta a través de Teladoc, paga \$5 de <u>copago</u> (no se aplica el <u>deducible</u>).
	<u>Consulta con un especialista</u>	Visitas al consultorio: \$15 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	Incluye visitas virtuales. Es posible que sus costos compartidos difieran según el <u>proveedor</u> que preste estos servicios. Para obtener más información, consulte con su <u>plan</u> .
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Visitas al consultorio: \$15 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> . Para una colonoscopia, pagará un <u>copago</u> de \$60. El <u>copago</u> se paga en cada visita al consultorio. Para los análisis de sangre, pagará el <u>copago</u> cuando los servicios se brinden en un centro independiente o sean solicitados por su <u>proveedor</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$35 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Para los análisis de sangre, se aplica 1 <u>copago</u> por día por <u>proveedor</u> . Para las radiografías y los <u>exámenes de diagnóstico</u> , se aplica el <u>copago</u> según el tipo de procedimiento.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$35 de <u>copago</u> /visita/ o sin cargo (centros del programa US Imaging).	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. El <u>copago</u> se aplica según el tipo de procedimiento con rayos X.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted 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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$15 de <u>copago</u> (al por menor)/\$14 de <u>copago</u> (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de hasta 34 días (medicamentos con receta médica al por menor); un suministro de 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo). El <u>copago</u> se aplica por receta médica. Los <u>medicamentos de especialidad</u> se deben obtener mediante la <u>red</u> de farmacias de especialidad. Después de los primeros \$5,000, usted paga el 50 % del <u>copago</u> para los medicamentos con receta al por menor y pedidos por correo. Hay un <u>copago</u> de \$10 por medicamentos genéricos surtidos en las farmacias de Wal-Mart, Sam's Club o CVS. No se cubren los medicamentos de marca que tienen un medicamento genérico disponible.
	Medicamentos de marca preferidos	\$20 de <u>copago</u> (al por menor)/\$18 de <u>copago</u> (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se pagan igual que los medicamentos genéricos y de marca.	Sin cobertura.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	<u>Tarifa del centro</u> (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$60 de <u>copago</u> /vez.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> , a menos que se realice en un consultorio. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica 1 <u>copago</u> por día por <u>proveedor</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	\$60 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> , a menos que se realice en un consultorio. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica 1 <u>copago</u> por día por <u>proveedor</u> .
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$65 de <u>copago</u> /visita (<u>servicios de emergencia</u>); \$65 de <u>copago</u> /visita, luego <u>coseguro</u> del 50 % (<u>servicios que no son de emergencia</u>).	Sin cobertura.	<u>Se aplica un copago</u> por cada visita. Se pueden aplicar disposiciones especiales por los servicios brindados en la Sala de Emergencias por un <u>proveedor</u> no participante. Consulte su plan <u>actual</u> para obtener más información.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo (<u>servicios de emergencia</u>)/Sin cobertura (<u>servicios que no son de emergencia</u>).	<u>Coseguro</u> del 20 % (<u>servicios de emergencia</u>)/Sin cobertura (<u>servicios que no son de emergencia</u>).	Los servicios de ambulancia aérea brindados por un <u>proveedor</u> no participante para una afección médica de <u>emergencia</u> se pagarán al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted 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)	
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	El <u>copago</u> se aplica por visita, independientemente de los servicios prestados. Si no puede elegir entre <u>proveedores</u> o no hay ningún <u>proveedor</u> participante disponible en un radio de 50 millas, pagará un <u>coseguro</u> del 20 % por los servicios brindados por un <u>proveedor</u> no participante.
Si necesita hospitalización	<u>Tarifa del centro</u> (p. ej., habitación del hospital)	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Para la salud mental, los servicios para el trastorno por déficit de atención y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad están cubiertos para los menores de 19 años. Esto incluye visitas al consultorio, exámenes y tratamiento médico. Sin cobertura.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura.	Sin cobertura.	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Se requiere <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización.	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Se aplica un <u>copago</u> por cada visita. Las terapias física, ocupacional, del habla, de la audición y cardíaca se limitan a 30 visitas por cada tipo de terapia por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted 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)	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización (pacientes hospitalizados); \$30 de <u>copago</u> /visita (pacientes ambulatorios).	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica un <u>copago</u> por visita para los servicios para pacientes ambulatorios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> para cualquier artículo cuyo valor supere los \$1,500. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. La terapia por duelo no está cubierta.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> para los servicios para pacientes hospitalizados. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No se brinda cobertura dental con el <u>plan</u> médico.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura. • Cirugía bariátrica. • Cuidado quiropráctico. • Cirugía cosmética. • Atención dental (adultos y niños). • Servicios de habilitación. • Audífonos. • Tratamiento para la infertilidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo. • Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU. • Atención de rutina para la vista (adultos)-(adultos y niños) (cubierta con el plan independiente para la vista). • Atención de rutina para los pies. • Programas para la pérdida de peso. • Anteojos. | <ul style="list-style-type: none"> • Transporte en ambulancia para servicios que no son de emergencia. • Terapia por duelo. • Servicios en la Sala de Emergencias para servicios que no son de emergencia. • Trastornos de la salud mental. • La mayor parte de la cobertura brindada fuera de los Estados Unidos. Visite www.meritain.com. • Trastornos por el abuso de sustancias. |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Enfermería particular.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al (800) 925-2272.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre

el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	15
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$60
■ Otro <u>copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$760

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$15
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$60
■ Otro <u>copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$720

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$15
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$60
■ Otro <u>copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mía pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$50
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$350

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

TTY: 711

Language Assistance:

To access language services at no cost to you, call (800) 925-2272.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi (800) 925-2272.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ (800) 925-2272 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم (800) 925-2272
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք (800) 925-2272 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi (800) 925-2272 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara (800) 925-2272.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষিা পপকে হকয এই নম্বকি পেসবযক ান েরন: (800) 925-2272 ।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa (800) 925-2272.
Burmese -	သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ကူညီမှုများရရှိရန်အတွက် မေးခွန်းများကို ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ခေါ်ဆိုပါ။ (800) 925-2272 သို့မဟုတ် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al (800) 925-2272.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang (800) 925-2272.
Cherokee -	Ⴄႃ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ Ⴑ႗ႃႉ႗ႃႉ (800) 925-2272.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 (800) 925-2272.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya (800) 925-2272.
Cushite -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili (800) 925-2272.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell (800) 925-2272.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le (800) 925-2272.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele (800) 925-2272.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie (800) 925-2272 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό (800) 925-2272.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો 1-888-982-3862.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona (800) 925-2272. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए,(800) 925-2272 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu (800) 925-2272.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ (800) 925-2272
Ilocano -	Tapno maaksesyô dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti (800) 925-2272.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi (800) 925-2272.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero (800) 925-2272.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၢ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး (800) 925-2272 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 (800) 925-2272 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wuḍu-dù kà kò ḍò b̈ě dyi m̈oú ḥ n̈ì Pídyi ní, n̈íí, ḍá n̈òbà n̈ià k̈e: (800) 925-2272
Kurdish -	بۆ دەسپێرێ گەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەجێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی (800) 925-2272
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ (800) 925-2272
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, (800) 925-2272 वर फोन करा.
Marshalllese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok (800) 925-2272.
Micronesian- Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih (800) 925-2272.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ (800) 925-2272 ។
Navajo -	T’áá ni nizaad k’ehjí bee níká a’doowoł doo báąh ílínígóó koji’ hólne’ (800) 925-2272.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न (800) 925-2272 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin wëër de thokic ke cîn wëu k̈or keek ẗenon̈ yin. Ke c̈ol k̈oc ye k̈oc kuony ne n̈omba (800) 925-2272.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring (800) 925-2272.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff (800) 925-2272.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره (800) 925-2272 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć (800) 925-2272.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para (800) 925-2272.

Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, (800) 925-2272 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați (800) 925-2272.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону (800) 925-2272.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le (800) 925-2272.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite (800) 925-2272.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al (800) 925-2272.
Sudanese-Fulfulde -	Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba (800) 925-2272.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga (800) 925-2272.
Syriac -	ܝܥܢ ܫܒܩܐ, ܕܗܝ ܕܠ ܝܠܝܟܝܐ ܠܗܝܬܐ ܕܠܝܩܬܐ ܕܝܬܝܟܝܐ, ܡܢ ܒܝܬܐ: (800) 925-2272
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa (800) 925-2272.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, (800) 925-2272 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร (800) 925-2272.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he (800) 925-2272.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori (800) 925-2272.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, (800) 925-2272 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером (800) 925-2272.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، (800) 925-2272 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số (800) 925-2272.
Yiddish -	צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן (800) 925-2272
Yoruba -	Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe (800) 925-2272.