



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, contact Customer Service at 1-855-730-8652. 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 www.dol.gov/ebsa/healthreform or call 1-855-730-8652 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$5 Individual \$25 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Prescription drug copays , in-network physician office visits, and preventive care .	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?	No. There are no other specific deductibles.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$5,000 Individual \$10,000 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 , the overall family out-of-pocket limit must be met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Preauthorization penalties, premiums , balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	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. See www.pinnacletpa.com or call 1-855-730-8652 for a list of network providers .	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.	You can see the 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	\$25 copay (Deductible waived)	Not covered	Telehealth services are available only through Included Health. Visits with your primary care physician or a specialist will be covered with no copay . You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
	Specialist visit	\$25 copay (Deductible waived)	Not covered	
	Preventive care/screening/ Immunization	No charge (Deductible waived)	Not covered	
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% coinsurance	Not covered	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.prxsolutions.com	Generic drugs	Retail: \$15 copay / prescription. Mail order: \$30 copay /prescription (Deductible waived)	Not covered	Retail: Up to a 30-day supply (90-day supply for maintenance drugs). Mail order: Up to a 90-day supply. All contraceptives are covered at 100%. Maintenance drugs must be filled at select retail pharmacies or through mail order. Specialty drugs must be filled through the specialty pharmacy. Case management required.
	Preferred brand drugs	Retail: \$50 copay / prescription. Mail order: \$100 copay /prescription (Deductible waived)	Not covered	
	Non-preferred brand drugs	Retail: \$75 copay / prescription. Mail order: \$150 copay / prescription. (Deductible waived)	Not covered	
	Specialty drugs	\$300 copay /prescription (Deductible waived)	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$250 copay and 20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	None.

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 need immediate medical attention	Emergency room care	Emergency: \$200 copay and 20% coinsurance . Non-emergency: \$300 copay and 20% coinsurance	Emergency: \$200 copay and 20% coinsurance . Non-emergency: \$300 copay and 20% coinsurance	Copay waived if admitted.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance	Preauthorization required for non-emergency transport.
	Urgent care	\$25 copay (Deductible waived)	Not covered	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$250 copay /admission and 20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	Not covered	None.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$25 copay (Deductible waived)	Not covered	None.
	Inpatient services	\$250 copay /admission and 20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required.
If you are pregnant	Office visits	\$25 copay (Deductible waived)	Not covered	Office visit and exam only. Depending on type of service, deductible or coinsurance may apply.
	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance	Not covered	None.
	Childbirth/delivery facility services	\$250 copay and 20% coinsurance	Not covered	Preauthorization is required for vaginal deliveries requiring more than a 48-hour stay or for cesarean section deliveries requiring more than a 96-hour stay.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	\$25 copay /visit (Deductible waived)	Not covered	Limit: 100 visits per calendar year.
	Rehabilitation services	\$25 copay /visit (Deductible waived)	Not covered	Limit: 24 visits per calendar year.
	Habilitation services	Not covered	Not covered	None.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	Not covered	Limit: 100 days per calendar year. Preauthorization required.

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	The plan will cover rental costs up to the purchase price.
	Hospice services	20% coinsurance	Not covered	Preauthorization required.
	Children's eye exam	Not covered	Not covered	None.
If your child needs dental or eye care	Children's glasses	Not covered	Not covered	None.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None.

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 .)			
• Cosmetic surgery • Dental care (Adult) • Hearing aids • Habilitation services	• Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside of the U.S.	• Routine eye care (Adult) • Routine foot care • Weight loss programs	
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)			
• Acupuncture (Limit: 12 visits per calendar year) • Bariatric surgery (Limit: \$20,000/Lifetime)	• Chiropractic care (Limit: \$1,000 per calendar year)	• 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: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 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: Pinnacle Claims Management, Inc. at 1-855-730-8652.

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? 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](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-730-8652.

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	\$5
■ Specialist copay	\$25
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (facility) copayment	\$250

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	\$5
Copayments	\$260
Coinsurance	\$2,460
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$2,785

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$5
■ Specialist copay	\$25
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (facility) copayment	\$250

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	\$5
Copayments	\$990
Coinsurance	\$170
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$1,185

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$5
■ Specialist copay	\$25
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other (facility) copayment	\$250

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	\$5
Copayments	\$380
Coinsurance	\$420
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$805



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, llame a 1-855-730-8652. 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.dol.gov/ebsa/healthreform.com o llamar al 1-1-855-730-8652 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$5 Individuo \$25 Familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su deducible individuo hasta que la cantidad total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia se han cumplido con el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Si. Copagos de medicamentos con receta, visitas a médicos dentro de la red y atención preventiva .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No. No hay otros deducibles específicos.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$5,000 Individuo \$10,000 Familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que cumplan el límite de desembolso general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Penalizaciones por preautorización , primas , cargos por cobros de facturación , y cuidados de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para una lista de proveedores participantes, vaya a: www.pinnacletpa.com o llame al 1-855-730-8652.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

 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	\$25 copago (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Los servicios de telesalud se proporcionan a través de Included Health. Las visitas con su médico de atención primaria o un especialista estarán cubiertas de la misma manera que cualquier otra visita al consultorio.
	Consulta con un especialista	\$25 copago (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son Preventiva. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .

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.prxsolutions.com	Medicamentos genéricos	Venta al por menor: \$15 copago /receta. Pedido por correo: \$30 copago /receta (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Venta al por menor: Hasta un suministro de 30 días (suministro de 90 días para medicamentos de mantenimiento). Pedido por correo: Hasta un suministro de 90 días. Todos los anticonceptivos están cubiertos al 100%. Los medicamentos de mantenimiento deben ser surtidos en farmacias minoristas seleccionadas o a través de pedidos por correo. Los medicamentos de especialidad deben ser surtidos a través de la farmacia de especialidad. Se requiere gestión de casos.
	Medicamentos de marca preferidos	Venta al por menor: \$50 copago /receta. Pedido por correo: \$100 copago /receta (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	Venta al por menor: \$75 copago /receta. Pedido por correo: \$150 copago /receta. (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	\$300 copago /receta. (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 copago y 20% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Emergencia: \$200 copago y 20% coseguro . No emergencia: \$300 copago y 20% coseguro	Emergencia: \$200 copago y 20% coseguro . No emergencia: \$300 copago y 20% coseguro	El copago no se aplica si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	Se requiere autorización previa para el transporte no urgente.
	Atención de urgencia	\$25 copago (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 copago y 20% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.

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 servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 copago (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 copago y 20% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25 copago (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Visita y examen en la oficina únicamente. Dependiendo del tipo de servicio, puede aplicarse un deducible o coseguro .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 copago y 20% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para estancias que excedan más de 48 horas después del parto normal o 96 horas después de la cesárea.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	\$25 copago (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Limite: 100 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	\$25 copago (No se aplica el deducible)	Sin cobertura	Limite: 24 visitas por año calendario.
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	20% coseguro	Sin cobertura	Limite: 100 días por año calendario. Se requiere autorización previa .
	Equipo médico duradero	20% coseguro	Sin cobertura	El plan cubrirá los costos de alquiler hasta el precio de compra.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.

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">• Ayudas auditivas• Cirugía cosmética• Cuidado a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de No-emergencia al viajar E.E.U.U.• Cuidado rutinario de los ojos (adulto)• Cuidado rutinario del pie | <ul style="list-style-type: none">• Plan del cuidado dental (adulto)• Programas para pérdida de peso• Tratamiento de la infertilidad |
|--|--|--|

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

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (Limite: 12 visitas por año calendario)• Cirugía de bariátrica (Limite: \$20,000 por vida) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado Quiropráctico (Limite: \$1,000 por año calendario) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de enfermera privada |
|--|--|--|

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: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration a 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa.healthreform. 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: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

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? Si

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](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-730-8652.

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión 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:



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 deducible general del plan	\$5
■ Especialistas copago	\$25
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otros (establecimiento) copago	\$250

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:

Costos compartidos

Deducibles	\$5
Copagos	\$260
Coseguro	\$2,460

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,785

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$5
■ Especialistas copago	\$25
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otros (establecimiento) copago	\$250

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$5
Copagos	\$990
Coseguro	\$170

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,185

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$5
■ Especialistas copago	\$25
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otros (establecimiento) copago	\$250

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, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$5
Copagos	\$380
Coseguro	\$420

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$805

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.