



El Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **Nota: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se brindará por separado. Este es sólo un resumen.** Para más información acerca de su cobertura o para obtener una copia de todas las condiciones de cobertura, visite nuestra página web PriorityHealth.com o comuníquese al número en la parte posterior de la tarjeta de ID de Priority Health. Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor y demás términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al número en la parte posterior de la tarjeta de ID de Priority Health para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el total <u>deducible</u> ?	Para <u>proveedores dentro de la red</u> \$1,000 por persona / \$2,000 por familia. Para <u>proveedores fuera de la red</u> \$2,000 por persona / \$4,000 por familia.	Por lo general, debe abonar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares dentro del <u>plan</u> , cada uno deberá alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos <u>deducibles</u> afrontados por todos los miembros de la familia alcancen el <u>deducible</u> familiar total.
¿Se cubren servicios antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí, el <u>deducible</u> de beneficios dentro de la red no se aplica a la <u>atención preventiva</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios incluso si aún no se ha alcanzado el monto <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin reparto de costos y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Vea la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores dentro de la red</u> \$7,350 por persona / \$14,700 por familia. Para <u>proveedores fuera de la red</u> \$14,700 por persona / \$29,400 por familia. Su plan también cuenta con un máximo de coseguro. Para <u>proveedores dentro de la red</u> \$2,500 por persona / \$5,000 por familia. Para <u>proveedores fuera de la red</u> \$5,000 por persona / \$10,000 por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares dentro de este <u>plan</u> , cada uno deberá alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , gastos <u>facturados como saldo</u> , cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre, y servicios que exceden el límite anual de visitas por día.	Aunque abone estos gastos, no cuentan como <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usted utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Diríjase a PriorityHealth.com o llame al número en la parte posterior de la tarjeta de ID de Priority Health para consultar una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> cuenta con una <u>red de proveedores</u> . Abonará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Abonará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> cubre (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de contratar los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede visitar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los gastos de copago y coseguro que aparecen en esta tabla son posteriores a alcanzar el deducible, si es que aplica un deducible.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que abonará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor de la red (Abonará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Abonará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor del cuidado de la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 de copago/ visita	40% de coseguro/visita	No se aplica el deducible al nivel del beneficio dentro de la red.
	Visita a un especialista	\$45 de copago/ visita	40% de coseguro/visita	No se aplica el deducible al nivel del beneficio dentro de la red.
	Atención preventiva/ chequeo/ inmunización	Sin cargo	40% de coseguro/visita	Los servicios de atención preventiva son aquellos enumerados en las Normas de Cuidado Preventivo de la Salud de Priority Health. No se aplica el deducible al nivel del beneficio dentro de la red. Puede que deba abonar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios solicitados son preventivos. Luego, consulte lo que cubrirá su plan.
Si se realiza un examen	De diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo	Se puede requerir una autorización previa.
	De imágenes (TC, TEP, IRM)	Sin cargo	Sin cargo	Se requiere una autorización previa. Se exime el copago de beneficios dentro de la red si se aplica mientras se encuentra internado en un hospital como paciente hospitalizado.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que abonará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor de la red (Abonará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Abonará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados disponible en https://www.priorityhealth.com/practice/pharmacy.cgi	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 de copago/ receta para venta minorista \$20 de copago/ receta para pedido por correo	Sin cobertura	Cubre hasta 31 días de suministro (venta al por menor); cubre hasta 90 días de suministro (receta pedida por correo), excluidos los medicamentos de especialidad. 50% de coseguro/ receta para medicamentos para la infertilidad. El deducible no se aplica.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	\$30 de copago/ receta para venta minorista \$60 de copago/ receta para pedido por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidas (Nivel 3)	\$60 de copago/ receta para venta minorista \$120 de copago/ receta para pedido por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad preferidos (Nivel 4)	\$30 de copago/ receta para venta minorista	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad no preferidos (Nivel 5)	\$60 de copago/ receta para venta minorista	Sin cobertura	
Si tiene cirugía ambulatoria	Tarifa por uso de la instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	Incluye atención ambulatoria, de observación y cuidado en el centro de cirugía ambulatoria. Se puede requerir una autorización previa.
	Honorarios médicos/ de cirujanos	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	\$150 de copago/ visita	Se cubre al nivel del beneficio dentro de la red; se aplican límites de cargos razonables y habituales	Se exime el copago si se encuentra internado en un hospital como un paciente hospitalizado.
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	Se cubre al nivel del beneficio dentro de la red; se aplican límites de cargos razonables y habituales	-----ninguno-----
	Atención de urgencia	\$75 de copago/ visita	40% de coseguro/visita	No se aplica el deducible al nivel del beneficio dentro de la red.

* Para más información acerca de limitaciones y excepciones, consulte el plan o los documentos de la póliza en PriorityHealth.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que abonará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor de la red (Abonará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Abonará el máximo)	
Si queda internado	Tarifa por uso de la instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	Se requiere certificación previa, excepto en emergencias.
	Honorarios médicos/ de cirujanos	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	
Si tiene necesidades respecto a salud mental, salud conductual o por abuso de drogas	Servicios ambulatorios	\$30 de copago/ visita	40% de coseguro/visita	No se cobran las tres primeras visitas de salud mental a un proveedor dentro de la red dentro de los 90 días del alta de un hospital dentro de la red por cuidados de internación por salud mental. No se aplica el deducible al nivel del beneficio dentro de la red.
	Servicios hospitalarios	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	Excepto en caso de emergencia, se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados de rutina prenatales y posnatales	Sin cargo	40% de coseguro/visita	Se cubren visitas de rutina prenatales y posnatales bajo el beneficio de Servicios de Atención Médica Preventiva. Puede aplicarse un cargo por visita al consultorio correspondiente para recibir servicios en el consultorio médico por complicaciones del embarazo.
	Cargos por servicios profesionales por parto	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	Excepto en caso de emergencia, se requiere autorización previa.
	Cargos por servicios de infraestructura por parto	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que abonará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor de la red (Abonará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Abonará el máximo)	
Si necesita asistencia para recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	Sin cargo	40% de coseguro/visita	Incluye servicios de atención paliativa; no incluye servicios de rehabilitación y habilitación. Se requiere autorización previa excepto para atención paliativa.
	Servicios de rehabilitación	\$30 de copago/ visita	50% de coseguro/visita	La terapia física y ocupacional se limita a 30 visitas combinadas por año de contrato. La manipulación osteopática y quiropráctica se limita a 30 visitas combinadas por año de contrato. La terapia del lenguaje se limita a 30 visitas combinadas por año de contrato. La rehabilitación cardíaca y pulmonar se limita a 30 visitas combinadas por año de contrato. No se aplica el deducible al nivel del beneficio dentro de la red.
	Servicios de habilitación	<ul style="list-style-type: none"> •\$30 de copago/visita para Terapia física, ocupacional y del lenguaje •20% de coseguro/ visita para los servicios de Análisis del Comportamiento Aplicado (ABA). 	50% de coseguro/visita	Se requiere autorización previa para el Análisis del comportamiento aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA). Se pueden aplicar diversos cargos a lo largo de un día de servicio. El deducible al nivel del beneficio dentro de la red no se aplica a los copagos fijos en dólares.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro/visita	40% de coseguro/visita	Los servicios se limitan a 120 días combinados por año de contrato cuando se prestan por un proveedor dentro de la red. Cuando los servicios son provistos por un proveedor fuera de la red, los servicios están limitados a 45 días por año del contrato. Se requiere autorización previa excepto para atención paliativa.
	Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)	20% de coseguro/visita	50% de coseguro/visita	Incluye alquiler, compra o reparación. Se requiere autorización previa para equipos de más de \$1,000 y todos los alquileres.
	Servicio paliativo	Sin cargo	40% de coseguro/visita	Este beneficio aplica para los servicios paliativos provistos sólo en el domicilio. Todo servicio paliativo brindado en un centro médico estará sujeto al beneficio correspondiente al centro médico.
Si su hijo/a necesita cuidado odontológico u oftalmológico	Examen de la vista infantil	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Control odontológico infantil	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

* Para más información acerca de limitaciones y excepciones, consulte el plan o los documentos de la póliza en PriorityHealth.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan por lo general NO cubre (Revise su póliza o documentos de plan para más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Atención dental (adulto e infantil)
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Control oftalmológico de rutina (adulto e infantil)
- Atención de los pies de rutina

Otros servicios cubiertos (Podría haber limitaciones en estos servicios. Esta lista no está completa. Revise los documentos de su plan).

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Tratamiento de infertilidad: diagnóstico, asesoramiento y servicios de planificación para tratar la causa subyacente de la infertilidad
- Atención médica al viajar fuera de Estados Unidos (no válido para emergencias).
- Programas de adelgazamiento

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con la cobertura una vez que finaliza. La información de contacto de dichas agencias es: Departamento Asegurador y de Servicios Financieros (Department of Insurance and Financial Services, DIFS) al 1-877-999-6442 o difs-HICAP@michigan.gov; el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Auditoría de Seguros al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov; o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También podrían existir otras opciones de cobertura para usted, incluso comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a reclamo y apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene reclamaciones en contra de su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se denomina queja o apelación. Para recibir más información acerca de sus derechos, revise la explicación de los beneficios que recibirá por dicho reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan la información completa para presentar un reclamo, una apelación, o una queja por cualquier motivo sobre su plan. Para recibir más información sobre sus derechos, este aviso, o asistencia, comuníquese con: Priority Health al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de ID de Priority Health o www.priorityhealth.com; con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform; o con el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) al 1-877-999-6442 o difs-HICAP@michigan.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Contacte al Programa de Asistencia al Consumidor de Seguro Médico de Michigan (HICAP) en el 1-877-999-6442 o difs-HICAP@michigan.gov.

¿Este plan brinda cobertura esencial mínima? Sí.

La Cobertura Mínima Esencial generalmente incluye los planes, el seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Mínima Esencial, es posible que usted no sea elegible para el crédito fiscal de la prima.

¿Este plan alcanza los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no alcanza los Estándares de valor mínimo, podría calificar para un crédito fiscal superior que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso por idioma:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de salud prioritaria.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan mo ng tulong sa Tagalog, tawagan ang numero sa likod ng iyong Priority Health ID card.

Chino (中文): 如果您需要中文帮助, 请拨打优先健康身份证背面的电话.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne'.

-----*Para obtener más información sobre cómo este plan podría cubrir los gastos de una situación médica de ejemplo, lea la siguiente sección*-----

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo requerido para que complete este instrumento de recopilación de datos se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar el instrumento de recopilación de datos. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Con atención a: Funcionario Autorizador de Reportes de PRA, Buzón Postal C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimativo de costos. Los tratamientos que aparecen aquí son sólo ejemplos de cómo este plan cubriría la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y demás factores. Enfóquese en los montos de reparto de costos (deducibles, copagos, y coseguro) y servicios excluidos de acuerdo con este plan. Utilice esta información para comparar el porcentaje de costos que pagaría en los distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidados preparto y parto en hospital en la red)

■ El <u>deducible total del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro para el hospital</u> (infraestructura)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (atención preparto)
 Servicios Profesionales de Nacimiento/Parto
 Servicios del centro médico por nacimiento/parto
 Diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Visita a un especialista (anestesia)

Total del costo del ejemplo	\$12,700
------------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Reparto de costos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$100
Coseguro	\$2,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,660

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de controles de rutina en proveedores de la red para una condición bien controlada)

■ -El <u>deducible total del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro para el hospital</u> (infraestructura)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (incluso educación sobre enfermedades)
 Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico durable (medidor de glucosa)

Total del costo del ejemplo	\$5,600
------------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Reparto de costos	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$900
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$3,460

La fractura simple de Mia

(visita a sala de emergencias en proveedores de la red y cuidados de control)

■ -El <u>deducible total del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro para el hospital</u> (infraestructura)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Cuidados en sala de emergencias (incluso suministros médicos)
 Diagnóstico (rayos X)
 Equipo médico durable (muletas)
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Total del costo del ejemplo	\$2,800
------------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Reparto de costos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$400
Coseguro	\$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,000

El plan responderá por los demás costos de estos ejemplos de servicios incluidos en la cobertura.