

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y los precios

Cobertura para: Todos los niveles de cobertura |
Tipo de plan: HMO



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 Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org o llame al Departamento de Servicio al Cliente al 866-414-5533 (número gratuito) o al 711 (TTY). 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 MassGeneralBrighamHealthPlan.org o llamar al 866-414-5533 (número gratuito) o al 711 (TTY) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$1,000 por individuo y \$2,000 por familia por período de beneficio.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por la póliza, ellos deben pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u>?	Sí. La atención preventiva, la mayoría de visitas para pacientes ambulatorios (incluye salud mental, salud conductual y trastorno por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos con receta médica y la atención de urgencia no se aplican al deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> anual. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en MassGeneralBrighamHealthPlan.org .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	\$3,000 por individuo y \$6,000 por familia por período de beneficios.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u>?	Las primas y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u>?	Sí. Vea MassGeneralBrighamHealthPlan.org o llame al 866-414-5533 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Si usted se atiende con un médico u otros proveedores de atención médica dentro de la red, el plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de atenderse con un especialista para servicios cubiertos, pero solo si tiene el permiso del plan antes de atenderse con el especialista.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y los precios

Cobertura para: Todos los niveles de cobertura |

Tipo de plan: HMO



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
		Dentro de la red	Fuera de la red	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 de copago por visita	Sin cobertura	Durante las primeras 3 visitas, no se aplica el costo compartido dentro de la red para miembros de 18 años de edad o menos.
	Consulta con un especialista	\$50 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura	Es posible que los servicios para detectar condiciones médicas específicas durante un examen anual estén sujetos a costos compartidos.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: sin cargo después del deducible Análisis de sangre: sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y los precios

Cobertura para: Todos los niveles de cobertura |

Tipo de plan: HMO

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red	Fuera de la red	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en MassGeneralBrighamHealthPlan.org .	Nivel 1: medicamentos genéricos de bajo costo	Por venta minorista: \$5 de copago por receta médica Por mantenimiento para 90 días: \$10 de copago por receta médica	Sin cobertura	Sin cargo en medicamentos para el control de la natalidad y para dejar de fumar.
	Nivel 2: otros medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca	Por venta minorista: \$15 de copago por receta médica Mantenimiento para 90 días: \$30 de copago por receta médica	Sin cobertura	
	Nivel 3: medicamentos genéricos de alto costo y medicamentos de marca preferidos	Por venta minorista: \$30 de copago por receta médica Mantenimiento para 90 días: \$60 de copago por receta médica	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Nivel 4: medicamentos genéricos de alto costo y medicamentos de marca no preferidos	Por venta minorista: \$50 de copago por receta médica Mantenimiento para 90 días: \$150 de copago por receta médica	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Nivel 5: medicamentos de especialidad genéricos y medicamentos de especialidad preferidos	\$30 de copago por receta médica	Sin cobertura	Las recetas médicas deben surtirse mediante nuestra farmacia de especialidad y se puede requerir autorización previa.
	Nivel 6: medicamentos de especialidad no preferidos	\$50 de copago por receta médica	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red	Fuera de la red	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	\$200 de copago por visita	\$200 de copago por visita	No se aplica el copago de la sala de emergencias si a usted le admiten en el hospital para atención de pacientes hospitalizados.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$50 de copago por visita	\$50 de copago por visita	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	\$25 de copago por visita	Sin cobertura	Durante las primeras 3 visitas, no se aplica el costo compartido dentro de la red para miembros de 18 años de edad o menos.
	Servicios para pacientes hospitalizados de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red	Fuera de la red	
Si está embarazada	Visitas al consultorio para atención prenatal y posparto	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Para pacientes ambulatorios: Visitas 1 a 6: sin costo compartido para el miembro Visitas 7 a 100: \$25 de copago por visita Para pacientes hospitalizados: sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Para pacientes ambulatorios: cubre hasta 100 visitas combinadas de fisioterapia/terapia ocupacional por período de beneficios. Para pacientes hospitalizados: cubre hasta 60 días por período de beneficios. Se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	Para pacientes ambulatorios: Visitas 1 a 6: sin costo compartido para el miembro Visitas 7 a 100: \$25 de copago por visita Para pacientes hospitalizados: sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Para pacientes ambulatorios: cubre hasta 100 visitas combinadas de fisioterapia / terapia ocupacional por período de beneficios. Para pacientes hospitalizados: cubre hasta 60 días por período de beneficios. Se requiere autorización previa. No se aplican costos ni límites de cobertura para los servicios de intervención temprana para niños que reúnan los requisitos.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y los precios

Cobertura para: Todos los niveles de cobertura |

Tipo de plan: HMO

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red	Fuera de la red	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Cubre hasta 100 días por período de beneficios. Se puede requerir autorización previa.
	Equipo médico duradero	Sujeto al deducible, después 20% de coseguro	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa. Sin cargo por un extractor de leche eléctrico (uno por nacimiento).
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin costo compartido para el miembro	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$25 de copago por visita	Sin cobertura	1 examen de la vista cada 12 meses por niño.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Limitado para niños menores de 18 años de edad con fisura palatina/labio leporino. Es posible que tenga cobertura bajo un plan dental por separado.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y los precios

Cobertura para: Todos los niveles de cobertura |
Tipo de plan: HMO

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan NO cubre (esta no es una lista completa. Consulte la póliza o documento del plan para obtener otros servicios excluidos).		
• Cirugía estética • Atención dental (es posible que tenga cobertura bajo un plan dental por separado)	• Extracción de muelas de juicio infectadas o afectadas (excepto en un entorno hospitalario) • Atención a largo plazo	• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos • Servicios de enfermería privada
Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte la póliza o documento del plan para obtener otros servicios cubiertos y sus precios).		
• Aborto • Acupuntura: hasta 20 visitas cubiertas por período de beneficios • Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica • Audífonos (21 años de edad o menos): cobertura de hasta \$2,000 por cada oído afectado cada 36 meses • Tratamiento para la infertilidad	• Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de los pies de rutina (cubierta para diabetes y algunas enfermedades circulatorias) • Programa de pérdida de peso (cobertura por hasta seis meses de las tarifas de membresía en un programa de pérdida de peso calificado para un suscriptor cubierto o un dependiente cubierto)

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: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. 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 más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. 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: Departamento de Servicio al Cliente al **866-414-5533 (número gratuito)** o al **711 (TTY)**.

¿Esta cobertura 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 esta cobertura 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](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al **866-414-5533**.

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

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](#) \$1,000
- [Copago al especialista](#) \$50
- Hospital \$0 después del deducible (establecimiento)

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	\$1,000
Copagos	\$40
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$1,040

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](#) \$1,000
- [Copago al especialista](#) \$50
- Hospital \$0 después del deducible (establecimiento)

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	\$100
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$600

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Copago al especialista](#) \$50
- Hospital \$0 después del deducible (establecimiento)

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	\$1,000
Copagos	\$400
Coseguro	\$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,450

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

LG-HMO D CC0000076
DL275

En cumplimiento de MCC



Este plan de salud cumple con los estándares de cobertura mínima acreditable y satisfará el mandato individual de que usted tiene seguro médico.