



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, call (833)-389-0027. 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.healthcare.gov/sbc-glossary or call (833) 389-0027 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	In-Network: \$800 Individual/\$1,600 Family Out-of-Network: \$2,400 Individual/\$4,800 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 Drugs from In-Network pharmacies, Office Visits from In-Network providers, and ACA-mandated preventive care from In-Network providers are covered before you meet your deductibles .	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.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	In-Network: \$2,000 Individual/\$4,000 Family Out-of-Network: \$6,000 Individual/\$12,000 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 , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billed charges, penalties, and payments for health care services 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. To find a network medical provider, see www.regence.com or call (866) 240-9580. To find a network pharmacy, see www.optumrx.com or call (844) 368-0083.	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	\$20 copay per office visit, Deductible does not apply 20% coinsurance for all other services	40% coinsurance	Copayment applies to each in-network office visit only. All other services are covered at the coinsurance specified, after deductible. In-network acupuncture, spinal manipulation and massage therapy services are limited to 36 combined visits per year and subject to \$40 copayment per visit, deductible does not apply; out-of-network subject to the coinsurance specified, after deductible. 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	\$40 copay per office visit, Deductible does not apply 20% coinsurance for all other services	40% coinsurance	
	Preventive care/screening/immunization	No Charge	40% coinsurance	
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% coinsurance	40% coinsurance	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance	40% coinsurance	None
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.optumrx.com	Generic drugs	0-30-day supply – No Charge 31-90-day supply – No Charge	40% coinsurance	Only maintenance drugs eligible for 90-day supply. Two 30-day grace fills for maintenance drugs are allowed, after which you need to obtain a 90-day supply or there will be no coverage.
	Preferred brand drugs	0-30-day supply - \$30 copayment per prescription 31-90-day supply – \$60 copayment per prescription	40% coinsurance	Brand name drugs with a generic available - brand co-payment plus the difference in cost between brand and generic except if prescribed “dispense as written”.
	Non-preferred brand drugs	0-30-day supply - \$80 copayment per prescription 31-90-day supply – \$160 copayment per prescription	40% coinsurance	Specialty drugs must be obtained through OptumRx’s exclusive specialty pharmacy network. Clinical management applies to some drugs.

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)	
	Specialty drugs	0-30-day supply - \$100 copayment per prescription 31-90-day supply – Not Covered	Not Covered	For questions about prescription drug coverage, call OptumRx at (844) 368-0083.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance	40% coinsurance	Some services require preauthorization. To obtain preauthorization, call Regence at (866) 240-9580.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	40% coinsurance	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	20% coinsurance after \$160 copay per visit	20% coinsurance after \$160 copay per visit	Copayment applies to facility charge for each visit (waived if admitted), whether or not the deductible has been met.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	40% coinsurance	None
	Urgent care	\$60 copay per office visit, Deductible does not apply 20% coinsurance for all other services	40% coinsurance	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	40% coinsurance	Requires preauthorization. To obtain preauthorization, call Regence at (866) 240-9580.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	40% coinsurance	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 copay per office visit, Deductible does not apply 20% coinsurance for all other services	40% coinsurance	Copayment applies to each in-network office/psychotherapy visit only. All other services are covered at the coinsurance specified, after deductible
	Inpatient services	20% coinsurance	40% coinsurance	Requires preauthorization. To obtain preauthorization, call Regence at (866) 240-9580.
If you are pregnant	Office visits	20% coinsurance	40% coinsurance	

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)	
	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance	40% coinsurance	\$20 copay for in-network office visit confirming pregnancy. Afterwards, all in-network services (prenatal care, delivery, and postpartum care) are subject to the deductible and coinsurance. Cost sharing does not apply for preventive services. Depending on the type of services, a copayment, coinsurance, or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance	40% coinsurance	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	20% coinsurance	40% coinsurance	Limited to 130 visits per year. Requires preauthorization. To obtain preauthorization, call Regence at (866) 240-9580.
	Rehabilitation services	\$40 copay per outpatient visit, Deductible does not apply 20% coinsurance for inpatient services	40% coinsurance	Copayment applies to each in-network visit only. 40 outpatient combined visits per year for physical therapy, occupational therapy, and speech therapy. Inpatient services limited to 30 days per year.
	Habilitation services	\$40 copay per visit, Deductible does not apply	40% coinsurance	Copayment applies to each in-network visit only. 40 neurodevelopmental visits per year for physical therapy, occupational therapy, and speech therapy combined. Neurodevelopmental therapy limited to individuals under age 18.
	Skilled nursing care	20% coinsurance	40% coinsurance	Limited to 60 inpatient days per year. Requires preauthorization. To obtain preauthorization, call Regence at (866) 240-9580.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	40% coinsurance	None
	Hospice services	20% coinsurance	40% coinsurance	14 respite inpatient or outpatient days / lifetime
	If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not Covered	Not Covered
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)
- Gene therapy and adoptive cellular therapy treatment and drugs
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside of the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult)

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

- Acupuncture (visit limits apply)
- Bariatric surgery (limitations apply)
- Chiropractic care, spinal manipulations only (visit limits apply)
- Hearing aids for individuals up to age 19, or individuals 19 years of age up to age 26 and enrolled in a secondary school or an accredited educational institution (limitations apply)
- Infertility treatment (limitations apply)
- Routine Foot Care
- Weight Loss Programs (limitations apply)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. For more information on your rights to continue coverage, contact the Administrative Office at (833)389-0027. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or 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. 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 the Administrative Office at (833)-389-0027 or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (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 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 (833) 389-0027.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa (833) 389-0027.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码(833) 389-0027.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' (833) 389-0027.

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 plan's overall deductible	\$800
■ Specialist copay	\$40
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other coinsurance	20%

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	\$800
Copayments	\$0
Coinsurance	\$1,200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$2,060

Managing Joe's type 2 Diabetes

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

■ The plan's overall deductible	\$800
■ Specialist copay	\$40
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other coinsurance	20%

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	\$800
Copayments	\$1,200
Coinsurance	\$10
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$2,020

Mia's Simple Fracture

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

■ The plan's overall deductible	\$800
■ Specialist copay	\$40
■ Hospital (facility) coinsurance	20%
■ Other coinsurance	20%

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	\$800
Copayments	\$460
Coinsurance	\$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,460



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 al (833)-389-0027. 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 al (833)-389-0027 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Dentro de la red: \$800 Individuo/\$1,600 Familia. Fuera de la red: \$2,400 Individuo/\$4,800 Familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Si. Medicamentos con receta de farmacias dentro de la red, consultas medicas de un proveedor dentro de la red, cuidado preventivo mandado por la ACÁ de un proveedor dentro de la red son cubiertos antes de alcanzar el deducible.	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 debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Dentro de la red: \$2,000 Individuo/\$4,000 Familia. Fuera de la red: \$6,000 Individuo/\$12,000 Familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos del bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos del bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, facturación del saldo, multas y pagos por atención medica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Si. Para encontrar un proveedor medico dentro de la red, vea www.regence.com o llame al (866) 240-9580. Para encontrar una farmacia dentro de la red, vea www.optumrx.com o llame al	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

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	(844) 368-0083.	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	\$20 copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	El copago solo aplica a cada visita dentro de la red. Todos los demás servicios están cubiertos al coseguro especificado, después del deducible.
	Consulta con un especialista	\$40 copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	Servicios de acupuntura, manipulación espinal, y terapia de masaje dentro de la red limitado a 36 visitas combinadas por año y están sujetos a \$40 de copago por visita, el deducible no aplica; fuera de la red sujetos al coseguro especificado, después del deducible.
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin Costo	40% de coseguro	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno

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.optumrx.com	Medicamentos genéricos	Suministro de 0 a 30 días – Sin Costo Suministro de 31 a 90 días – Sin Costo	40% de coseguro	Solo medicamentos de mantenimiento son elegibles para el suministro de 90 días. Se permiten dos rellenos de gracia de 30 días para medicamentos de mantenimiento, después de lo cual debe obtener un suministro de 90 días o no habrá cobertura. Medicamentos de marca con un genérico disponible - copago de marca más la diferencia de costo entre marca y genérico, excepto si se prescribe "dispensar según lo escrito". Los medicamentos especializados deben obtenerse a través de la exclusiva red de farmacias especializadas de OptumRx.
	Medicamentos de marca preferidos	Suministro de 0 a 30 días – \$30 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – \$60 copago por receta	40% de coseguro	
	Medicamentos de marca no preferidos	Suministro de 0 a 30 días – \$80 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – \$160 copago por receta	40% de coseguro	
	Medicamentos de especialidad	Suministro de 0 a 30 días – \$100 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – No esta cubierto	No esta cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% de coseguro después de \$160 de copago por visita	20% de coseguro después de \$160 de copago por visita	El copago se aplica al cargo de la instalación por cada visita (excepto si se admite), ya sea que se haya cumplido o no el deducible.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Atención de urgencia	\$60 de copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	

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	\$20 copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	El copago solo aplica a cada visita al consultorio/psicoterapia dentro de la red. Todos los demás servicios están cubiertos al coseguro especificado, después del deducible.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	40% de coseguro	Copago de \$20 por visita al consultorio dentro de la red para confirmar el embarazo. Posteriormente, todos los servicios dentro de la red (atención prenatal, parto y atención posparto) están sujetos al deducible y al coseguro. Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	

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 recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Limitado a 130 visitas por año. Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Servicios de rehabilitación	\$40 copago por visita ambulatoria. El deducible no aplica. 20% coseguro por servicios hospitalarios	40% de coseguro	El copago se aplica solo a cada visita dentro de la red. 40 visitas combinadas ambulatorias por año para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Servicios para pacientes hospitalizados limitados a 30 días por año.
	Servicios de habilitación	\$40 copago por visita El deducible no aplica.	40% de coseguro	El copago se aplica solo a cada visita dentro de la red. 40 visitas combinadas de neurodesarrollo por año para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Terapia del neurodesarrollo limitada a personas menores de 18 años.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Limitado a 60 días de hospitalización por año. Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	14 días de relevo para pacientes hospitalizados o ambulatorios de por vida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	No esta cubierto	No esta cubierto	Ninguno
	Anteojos para niños	No esta cubierto	No esta cubierto	Ninguno
	Control dental para niños	No esta cubierto	No esta cubierto	Ninguno

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"> Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. Cirugía estética 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado dental (adulto) Cuidados a largo plazo Cuidado ocular de rutina (adulto) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería de servicio privado Terapia génica y tratamiento y medicamentos de terapia celular adoptiva.

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 (aplican límites de visitas)• Atención quiropráctica, manipulaciones espinales solamente (aplican límites de visitas)	<ul style="list-style-type: none">• Audífonos para personas de hasta 19 años o personas de 19 años de edad hasta los 26 años e inscritas en una escuela secundaria o una institución educativa acreditada (se aplican limitaciones)	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica (se aplican limitaciones)• Cuidado rutinario de los pies• Programas de pérdida de peso (se aplican limitaciones)• Tratamiento de infertilidad (se aplican limitaciones)
---	---	---

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con la Oficina Administrativa al (833)-389-0027. La información de contacto de esos organismos es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform y Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, al 1-877-267-2323 x61565 o 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 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 la Oficina Administrativa al (833)-389-0027 o Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o 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/No

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 (833) 389-0027.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa (833) 389-0027.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 (833) 389-0027.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' (833) 389-0027.

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 [deducible](#) general del [plan](#) \$800
- [Especialistas copago](#) \$40
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,060

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](#) \$800
- [Especialistas copago](#) \$40
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$10
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,020

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$800
- [Especialistas copago](#) \$40
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$460
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,460

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