



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 410-872-9500 or 800-638-8824. 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 410-872-9500 or 800-638-8824 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <u>deductible</u>?	<u>In-network</u> : \$150 /individual. <u>Out-of-network</u> : \$150 /individual.	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u>?	Yes. <u>Preventive care</u> , dental care and substance abuse treatment are covered before you meet your <u>deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply.
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u>?	Not applicable.	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u>?	Not applicable.	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
Will you pay less if you use a <u>network provider</u>?	Yes. See www.carefirst.com or call 800-235-5160 for a list of <u>network providers</u> . If you are outside the BCBS service area, call 888-444-8155.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's charge</u> and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u>?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		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	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	
	<u>Specialist visit</u>			
	<u>Preventive care/screening/immunization</u>	No charge.	No charge up to \$200/year/employees; \$100/year/dependents. 50% <u>coinsurance</u> thereafter (after <u>deductible</u>).	Out-of-Network immunizations are covered at 100% not subject to the dollar limit. You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <u>provider</u> if the services needed are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<i>Dependents not covered under this benefit.</i>
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<i>Dependents not covered under this benefit.</i>
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.caremark.com	Generic drugs	Retail: \$15 <u>copay</u> /prescription.	Not covered.	Retail limit: 30-day supply. Mail order/CVS retail limit: 90-day supply
	Preferred brand drugs (no generic equivalent)	Mail order or CVS retail: \$30 <u>copay</u> /prescription.		
	Non-preferred brand drugs (generic equivalent available)	Retail: \$15 <u>copay</u> /prescription. Mail order or CVS retail: \$30 <u>copay</u> /prescription. You also pay the difference in cost between the generic and brand.	Not covered.	Maintenance drugs: mail order or CVS retail mandatory after first two retail fills. Prior authorization may be required. Generic incentive: no charge for first fill after switching from brand name to generic drug.
	<u>Specialty drugs</u>	Retail: \$10 <u>copay</u> /prescription.	Not covered.	You must use a Caremark dedicated Specialty Pharmacy.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Dependents not covered under this benefit.

For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document by calling 1-800-983-2699. Covered expenses are limited to the Allowable Charge. Out-of-network benefits and Allowable Charges apply even if your in-network provider refers you to an out-of-network provider. Balance billing doesn't apply for out-of-network emergency room care or treatment from an ancillary provider at certain in-network facilities.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees			
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$50 <u>copay</u> /visit plus 30% <u>coinsurance</u> .	\$50 <u>copay</u> /visit plus 30% <u>coinsurance</u> .	<u>Copay</u> waived if admitted. Covered only within 72 hours of medical emergency. <i>Dependents not covered under this benefit.</i>
	<u>Emergency medical transportation</u>	\$50 <u>copay</u> /visit plus 30% <u>coinsurance</u> .	\$50 <u>copay</u> /visit plus 50% <u>coinsurance</u> .	Limited to ground transportation to nearest medical facility within 72 hours of medical emergency. Dependents not covered under this benefit. Out-of-network air ambulance: 30% coinsurance
	<u>Urgent care</u>	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<i>Dependents not covered under this benefit.</i>
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Limit: \$600/day. Precertification is required to avoid \$500 penalty. Out-of-network ancillary services at in-network facility: 30% coinsurance. Services provided at an out-of-network facility due to an emergency admission through the emergency room will be paid by the plan at 70% (30% coinsurance paid by you) until you are stable enough to be transferred to an in-network facility. If you choose to remain at the out-of-network facility after being stabilized, post-stabilization services will be paid by the plan at the out-of-network rate of 70% (30% coinsurance paid by you).

For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document by calling 1-800-983-2699. Covered expenses are limited to the Allowable Charge. Out-of-network benefits and Allowable Charges apply even if your in-network provider refers you to an out-of-network provider. Balance billing doesn't apply for out-of-network emergency room care or treatment from an ancillary provider at certain in-network facilities.

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)	
	Physician/surgeon fees	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u>	<i>Dependents not covered under this benefit.</i> Out-of-network ancillary services at in-network facility: 30% coinsurance. Services provided at an out-of-network facility due to an emergency admission through the emergency room will be paid by the plan at 70% (30% coinsurance paid by you) until you are stable enough to be transferred to an in-network facility. If you choose to remain at the out-of-network facility after being stabilized, post-stabilization services will be paid by the plan at the out-of-network rate of 70% (30% coinsurance paid by you).
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	30% <u>coinsurance</u> . <u>Deductible</u> does not apply for substance abuse services.	50% <u>coinsurance</u> . <u>Deductible</u> does not apply for substance abuse services.	Limit: 25 visits per person per year including primary care and <u>specialist</u> office visits.
	Inpatient services	30% <u>coinsurance</u> . <u>Deductible</u> does not apply for substance abuse services.	50% <u>coinsurance</u> . <u>Deductible</u> does not apply for substance abuse services.	Limit: \$600/day. Precertification is required to avoid \$500 penalty.
If you are pregnant	Office visits	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Cost sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u> .
	Childbirth/delivery professional services	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Precertification is required to avoid \$500 penalty.
	Childbirth/delivery facility services	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Limit: \$600/day. Precertification is required for a stay in excess of 48 hours (96 for cesarean delivery) to avoid \$500 penalty.
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Covered only for individuals with end stage renal disease. <i>Dependents not covered under this benefit.</i>
	<u>Rehabilitation services</u>	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Physical therapy only. Limit: 6 visits/year. Occupational and speech therapy excluded.

For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document by calling 1-800-983-2699. Covered expenses are limited to the Allowable Charge. Out-of-network benefits and Allowable Charges apply even if your in-network provider refers you to an out-of-network provider. Balance billing doesn't apply for out-of-network emergency room care or treatment from an ancillary provider at certain in-network facilities.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
	<u>Habilitation services</u>	Not covered.	Not covered.	You must pay 100% of this service, even <u>in-network</u> .
	<u>Skilled nursing care</u>	Not covered.	Not covered.	You must pay 100% of this service, even <u>in-network</u> .
	<u>Durable medical equipment</u>	30% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Covered only when <u>medically necessary</u> and prescribed by attending physician. <i>Dependents not covered under this benefit.</i>
	<u>Hospice services</u>	Not covered.	Not covered.	You must pay 100% of this service, even <u>in-network</u> .
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge.	No charge.	Limit: 1 exam/year. Individuals over 19: limit \$50/exam.
	Children's glasses	No charge.	No charge.	Limit: 1 set frames/2 years; 2 sets of lenses/2 years. Individuals over 19: limit \$35/frames; \$37/lenses.
	Children's dental check-up	No charge.	No charge.	Limit: 2 exams/individual/year. Adults over 19: limit \$2,000/year. Separately administered by Delta Dental.

For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document by calling 1-800-983-2699. Covered expenses are limited to the Allowable Charge. Out-of-network benefits and Allowable Charges apply even if your in-network provider refers you to an out-of-network provider. Balance billing doesn't apply for out-of-network emergency room care or treatment from an ancillary provider at certain in-network facilities.

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.)		
• Chiropractic care • Cosmetic surgery (except as result of an accident or following mastectomy) • <u>Habilitation services</u>	• Hearing aids • <u>Hospice services</u> • Infertility treatment	• Long-term care • Private-duty nursing • <u>Skilled nursing care</u> • Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Acupuncture • Bariatric surgery	• Dental care (Adult) (Limit: \$2,000/year; \$2000/lifetime for orthodontia) • Non-emergency care when traveling outside the U.S. (see www.carefirst.com)	• Routine eye care (Adult) (limit: 1 set of lenses and frames/2 years; 1 exam/year) • Routine foot care (covered only if <u>medically necessary</u>)

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: the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 866-444-EBSA (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 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, call the Fund Office at 410-872-9500 or 800-638-8824. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the Maryland Office of the Attorney General, Health Education and Advocacy Unit, at 877-261-8807 or <http://www.oag.state.md.us/Consumer.HEAU.htm>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

If you don't have Minimum Essential Coverage for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

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.

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

For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document by calling 1-800-983-2699. Covered expenses are limited to the Allowable Charge. Out-of-network benefits and Allowable Charges apply even if your in-network provider refers you to an out-of-network provider. Balance billing doesn't apply for out-of-network emergency room care or treatment from an ancillary provider at certain in-network facilities.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$100
■ <u>Specialist coinsurance</u>	15%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	15%
■ Other <u>coinsurance</u>	15%

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	\$12,800
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$100
<u>Copayments</u>	\$30
<u>Coinsurance</u>	\$1,870
<i>What isn't covered</i>	
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 <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$100
■ <u>Specialist coinsurance</u>	15%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	15%
■ Other <u>coinsurance</u>	15%

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	\$7,400
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$100
<u>Copayments</u>	\$790
<u>Coinsurance</u>	\$160
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$1,070

Mia's Simple Fracture

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

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$100
■ <u>Specialist coinsurance</u>	15%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	15%
■ ER <u>copayment</u>	\$50

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	\$1,900
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$100
<u>Copayments</u>	\$100
<u>Coinsurance</u>	\$260
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$460

INTENTIONALLY
LEFT BLANK



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. AVISO: La información sobre el costo de este plan (que se denomina prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 410-872-9500 o al 800-638-8824. Para ver las definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 410-872-9500 o al 800-638-8824 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red: \$150 por persona Fuera de la red: \$150 por persona	Generalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del 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 cubrir su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles.
¿Hay servicios que se cubren antes de satisfacer su deducible?	Sí. La atención preventiva, la atención dental y el tratamiento por abuso de sustancias están cubiertos antes de alcanzar el deducible.	Este plan cubre ciertos artículos y servicios incluso si no ha satisfecho el monto del deducible. Pero podría aplicarse un copago o coaseguro.
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No tiene que satisfacer deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos no reembolsables para este plan?	No aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos no reembolsables por sus gastos.
¿Que no se incluye en el límite de gastos no reembolsables?	No aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos no reembolsables por sus gastos.
¿Pagará menos si utiliza proveedores dentro de la red?	Sí. Consulte www.carefirst.com o llame al 800-235-5160 para obtener una lista de proveedores que participan en la red. Si se encuentra fuera del área de servicio de BCBS, llame al 888-444-8155.	Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que participa en la red del plan. Pagará más si usa un proveedor que no participa en la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor que participa en la red puede usar un proveedor que no participa en la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para consultar a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su elección sin tener un referido.



Todos los costos de **copago** y **coaseguro** que se muestran en este cuadro son posteriores a la fecha en que haya satisfecho su **deducible**, si aplica un **deducible**.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que participa en la red (Pagará menos)	Proveedor que no participa la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de cuidado primario para el tratamiento de una lesión o enfermedad	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	
	Visita al especialista			
	Cuidado preventivo / evaluación / inmunización	Sin cargo.	Sin cargo hasta \$200 al año para empleados; \$100 al año para dependientes. Coaseguro del 50% de ahí en adelante (después del deducible).	Las vacunas Fuera de la Red están cubiertas al 100% y no están sujetas al límite de dólares. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si le hacen análisis	Análisis de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	<i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i>
	Imágenes (escaneos CT/PET. MRI)	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	<i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i>

Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o póliza llamando al 1-800-983-2699. Los gastos cubiertos están limitados por el Cargo Permitido. Los beneficios por servicios fuera de la red y los Cargos Aplicables se aplican aún si el proveedor dentro de la red hace la derivación a un proveedor fuera de la red. En ciertos centros, no es aplicable la facturación de saldo para cuidados o tratamiento en una sala de emergencia fuera de la red por parte de un proveedor auxiliar.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que participa en la red (Pagará menos)	Proveedor que no participa en la red (Pagará más)	
Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	Precio minorista: Copago de \$15 por receta.	No está cubierto.	Límite minorista: suministro de 30 días. Límite por correo/minorista en CVS: suministro de 90 días Medicamentos de mantenimiento: pedido por correo o compra minorista en CVS obligatorios después de los primeros dos surtidos en farmacia minorista. Se puede requerir autorización previa.
	Medicamentos de marca preferida (sin equivalente genérico)	Por correo o precio minorista en CVS: Copago de \$30 por receta.		
	Medicamentos de marca no preferida (equivalente genérico disponible)	Precio minorista: Copago de \$15 por receta. Por correo o precio minorista en CVS: Copago de \$30 por receta. También paga la diferencia del costo entre medicamentos genéricos y de marca.	No está cubierto.	Incentivo por genéricos: sin cargo por el primer surtido tras cambiar de medicamento de marca a genérico.
	Medicamentos especializados	Precio minorista: Copago de \$10 por receta.	No está cubierto.	
Si tiene cirugía como paciente ambulatorio	Cargo de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	<i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i>
	Cargos del médico/cirujano			
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en salas de emergencia	Copago de \$50 por visita más 30% de coaseguro.	Copago de \$50 por visita más 30% de coaseguro.	Copago se elimina si lo hospitalizan. Cubierto únicamente dentro de las 72 horas de una emergencia médica <i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i>
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$50 por visita más 30% de coaseguro.	Copago de \$50 por visita más 50% de coaseguro.	Limitado al transporte terrestre a la instalación médica más cercana dentro de las 72 horas de la emergencia médica. <i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i> Ambulancia aérea fuera de la red: 30% de coseguro
	Atención médica urgente	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	<i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i>

Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o póliza llamando al 1-800-983-2699. Los gastos cubiertos están limitados por el Cargo Permitido. Los beneficios por servicios fuera de la red y los Cargos Aplicables se aplican aún si el proveedor dentro de la red hace la derivación a un proveedor fuera de la red. En ciertos centros, no es aplicable la facturación de saldo para cuidados o tratamiento en una sala de emergencia fuera de la red por parte de un proveedor auxiliar.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que participa en la red (Pagará menos)	Proveedor que no participa la red (Pagará más)	
Si necesita hospitalización	Cargo de la instalación (p. ej., habitación de hospital)	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	Límite: \$600 al día. Se requiere certificación previa para evitar una multa de \$500. Servicios auxiliares fuera de la red en un centro dentro de la red: 30% de coseguro Los servicios prestados en un centro fuera de la red debido a una admisión de emergencia a través de la sala de emergencias serán pagados por el plan al 70% (30% de coseguro pagado por el asegurado) hasta que esté lo suficientemente estable como para ser transferido a un centro dentro de la red. Si elige permanecer en el centro fuera de la red después de la estabilización, el plan pagará los servicios de posestabilización a la tarifa fuera de la red del 70% (30% de coseguro pagado por el asegurado).
	Cargos del médico/cirujano	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	<i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i> Servicios auxiliares fuera de la red en un centro dentro de la red: 30% de coseguro. Los servicios prestados en un centro fuera de la red debido a una admisión de emergencia a través de la sala de emergencias serán pagados por el plan al 70% (30% de coseguro pagado por el asegurado) hasta que esté lo suficientemente estable como para ser transferido a un centro dentro de la red. Si elige permanecer en el centro fuera de la red después de la estabilización, el plan pagará los servicios de posestabilización a la tarifa fuera de la red del 70% (30% de coseguro pagado por el asegurado). Ninguna.

Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o póliza llamando al 1-800-983-2699. Los gastos cubiertos están limitados por el Cargo Permitido. Los beneficios por servicios fuera de la red y los Cargos Aplicables se aplican aún si el proveedor dentro de la red hace la derivación a un proveedor fuera de la red. En ciertos centros, no es aplicable la facturación de saldo para cuidados o tratamiento en una sala de emergencia fuera de la red por parte de un proveedor auxiliar.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que participa en la red (Pagará menos)	Proveedor que no participa en la red (Pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios como paciente externo	Coaseguro del 30% El deducible no se aplica a servicios por abuso de sustancias.	Coaseguro del 50% El deducible no se aplica a servicios por abuso de sustancias.	Límite: 25 visitas por persona al año que incluyen atención primaria y visitas al consultorio de un especialista.
	Servicios como paciente hospitalizado	Coaseguro del 30% El deducible no se aplica a servicios por abuso de sustancias.	Coaseguro del 50% El deducible no se aplica a servicios por abuso de sustancias.	Límite: \$600 al día. Se requiere certificación previa para evitar una multa de \$500.
Sí está embarazada	Visitas al consultorio	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos.
	Servicios profesionales de parto y alumbramiento	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	Se requiere certificación previa para evitar una multa de \$500.
	Servicios en instalaciones de parto y alumbramiento	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	Límite: \$600 al día. Se requiere certificación previa para una estancia de más de 48 horas (96 horas para un parto por cesárea) para evitar una multa de \$500.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud específicas	Cuidado de salud en el hogar	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	Se cubre solo para personas con enfermedad renal en etapa terminal. <i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i>
	Servicios de rehabilitación	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	Terapia física solamente. Límite: 6 visitas/año. Se excluye la terapia ocupacional y del habla.
	Servicios de habilitación	No está cubierto.	No está cubierto.	Debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.
	Atención de enfermería especializada	No está cubierto.	No está cubierto.	Debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.
	Equipo médico duradero	Coaseguro del 30%.	Coaseguro del 50%.	Cubierto solo cuando es médicamente necesario y recetado por el médico a cargo del tratamiento. <i>Dependientes no cubiertos por este beneficio.</i>

Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o póliza llamando al 1-800-983-2699. Los gastos cubiertos están limitados por el Cargo Permitido. Los beneficios por servicios fuera de la red y los Cargos Aplicables se aplican aún si el proveedor dentro de la red hace la derivación a un proveedor fuera de la red. En ciertos centros, no es aplicable la facturación de saldo para cuidados o tratamiento en una sala de emergencia fuera de la red por parte de un proveedor auxiliar.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que participa en la red (Pagará menos)	Proveedor que no participa en la red (Pagará más)	
	Servicios de cuidados paliativos o para enfermos terminales	No está cubierto.	No está cubierto.	Debe pagar el 100% de este servicio, incluso dentro de la red.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Exámenes de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cargo.	Límite: 1 examen al año. Personas mayores de 19 años: límite de \$50 por examen.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo.	Límite: 1 armazón cada 2 años; 2 pares de lentes cada 2 años. Personas mayores de 19 años: límite de \$35 por marcos; \$ 37 por lentes.
	Exámenes dentales para niños	Sin cargo.	Sin cargo.	Límite: 2 exámenes por persona al año. Adultos mayores de 19 años: límite de \$2,000 al año. Administrado por separado por Delta Dental.

Servicios que se excluyen y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su Plan por lo general NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de los servicios que se excluyen.)			
• Tratamiento quiropráctico • Cirugía cosmética (excepto como resultado de un accidente o después de una mastectomía) • Servicios de habilitación	• Audífonos • Servicios de cuidados paliativos o para enfermos terminales • Tratamiento por infertilidad	• Cuidado a largo plazo • Atención de enfermería privada • Atención de enfermería especializada • Programas para bajar de peso	
Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su documento del plan.)			
• Acupuntura • Cirugía bariátrica	• Cuidado dental (adultos) (Límite: \$2,000 al año; \$ 2000 de por vida por ortodoncia) • Atención que no es de emergencia mientras viaja fuera de los EE. UU. (consulte www.carefirst.com)	• Cuidado rutinario de la vista (adultos) (límite: 1 par de lentes y armazón cada 2 años; 1 examen al año) • Cuidado rutinario de los pies (se cubre solo si es médicamente necesario)	

Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o póliza llamando al 1-800-983-2699. Los gastos cubiertos están limitados por el Cargo Permitido. Los beneficios por servicios fuera de la red y los Cargos Aplicables se aplican aún si el proveedor dentro de la red hace la derivación a un proveedor fuera de la red. En ciertos centros, no es aplicable la facturación de saldo para cuidados o tratamiento en una sala de emergencia fuera de la red por parte de un proveedor auxiliar.

Sus derechos de continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de esas agencias es: la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 800-318-2596.

Sus Derechos de Reclamo y Apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información completa para enviar un reclamo, apelación o queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, llame a la Oficina del Fondo al 410-872-9500 o al 800-638-8824. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con la Oficina del Procurador General de Maryland, Unidad de Educación y Defensa de la Salud, al 877-261-8807 o <http://www.oag.state.md.us/Consumer.HEAU.htm>.

¿Provee este plan la cobertura mínima esencial? Sí

Si no tiene Cobertura Esencial Mínima durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que reúna los requisitos para una exención del requisito de tener cobertura médica para ese mes.

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el estándar de valor mínimo, es posible que califique para recibir un crédito tributario por pago de primas para ayudarle a pagar un plan del Mercado.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de los costos. Los tratamientos que se ilustran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir el cuidado médico. Sus propios costos serán distintos según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguro) y servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar bajo planes de salud distintos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual.

Peg va espera bebé

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

■ Deducible general del plan	\$100
■ Coaseguro del especialista	15%
■ Coaseguro del hospital (instalación)	15%
■ Otro coaseguro	15%

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (cuidado prenatal)
Servicios profesionales de parto y alumbramiento
Servicios de la instalación de parto y alumbramiento
Análisis de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)
Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$100
Copagos	\$30
Coaseguro	\$1,870
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado de rutina dentro de la red para una enfermedad bien controlada)

■ Deducible general del plan	\$100
■ Coaseguro del especialista	15%
■ Coaseguro del hospital (instalación)	15%
■ Otro coaseguro	15%

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (incluye educación sobre la enfermedad)
Análisis de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$100
Copagos	\$790
Coaseguro	\$160
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,070

Fractura simple de Mía

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y cuidado de seguimiento)

■ Deducible general del plan	\$100
■ Coaseguro del especialista	15%
■ Coaseguro del hospital (instalación)	15%
■ Copago de la sala de emergencia	\$50

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Cuidado en salas de emergencia (*incluye suministros médicos*)
Análisis de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$100
Copagos	\$100
Coaseguro	\$260
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$460

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