

 The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.** This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, contact us at [www.WSIAWbenefits.org](http://www.WSIAWbenefits.org) or by calling 925-398-7046. 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.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) or call 1-925-398-7046 to request a copy.

| Important Questions                                                             | Answers                                                                                                             | Why This Matters:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| What is the overall <a href="#">deductible</a> ?                                | \$0                                                                                                                 | See the chart starting on page 2 for your costs for services this plan covers.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?    | No.                                                                                                                 | You don’t have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?              | No.                                                                                                                 | You don’t have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ? | No                                                                                                                  | There’s no limit on how much you could pay during a coverage period for your share of the cost of covered services.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?               | This plan has no <a href="#">out-of-pocket limit</a> .                                                              | Not applicable because there’s no <a href="#">out-of-pocket limit</a> on your expenses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?               | Yes. For a list of WSIAW HP <a href="#">network providers</a> , please contact WorkCare at 800-455-6155, ext. 2201. | This <a href="#">plan</a> uses a provider <a href="#">network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the plan’s <a href="#">network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the provider’s charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware, your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services. |
| Do you need a <a href="#">referral</a> to see a <a href="#">specialist</a> ?    | Not applicable                                                                                                      | The plan does not cover any services provided by specialists.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

 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<br>(You will pay the least) | Out-of-Network Provider<br>(You will pay the most) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| If you visit a health care <a href="#">provider's</a> office or clinic | Primary care visit to treat an injury or illness       | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                        | <a href="#">Specialist</a> visit                       | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                        | <a href="#">Preventive care/screening/immunization</a> | No Charge                                    | Not Covered                                        | You may have to pay for services that are <a href="#">preventive</a> or not specified as covered as <a href="#">follows</a> :<br><br>The specified contents of covered medical exams include a complete medical history and a physical exam. If you are age 20-39, you may receive an exam every 3 years. If you are age 40-49, you may receive an exam every 2 years. If you are age 50 or older, you may receive an exam every year. |
| If you have a test                                                     | <a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)    | No Charge                                    | Not Covered                                        | The specified contents of covered medical exams include chest x-rays, spirometry, blood chemistry including HDL cholesterol, complete blood count, urinalysis, visual acuity, and an audiogram. If you are over 50, the plan also covers resting electrocardiogram and Prostatic Specific Antigen.                                                                                                                                     |
|                                                                        | Imaging (CT/PET scans, MRIs)                           | No Charge                                    | Not Covered                                        | Chest CT Scans in lieu of the basic examination may be approved under the plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| If you need drugs to treat your illness or condition                   | Generic drugs (Tier 1)                                 | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                        | Preferred brand drugs (Tier 2)                         | Not Covered                                  | Not Covered                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | Non-preferred brand drugs (Tier 3)                     | Not Covered                                  | Not Covered                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                        | <a href="#">Specialty drugs</a> (Tier 4)               | Not Covered                                  | Not Covered                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| If you have outpatient surgery                                         | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)         | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                        | Physician/surgeon fees                                 | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| If you need immediate                                                  | <a href="#">Emergency room care</a>                    | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Common Medical Event                                                             | Services You May Need                            | What You Will Pay                            |                                                    | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                                                                  |                                                  | Network Provider<br>(You will pay the least) | Out-of-Network Provider<br>(You will pay the most) |                                                        |
| <b>medical attention</b>                                                         | <a href="#">Emergency medical transportation</a> | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | <a href="#">Urgent care</a>                      | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
| <b>If you have a hospital stay</b>                                               | Facility fee (e.g., hospital room)               | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | Physician/surgeon fees                           | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
| <b>If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services</b> | Outpatient services                              | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | Inpatient services                               | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
| <b>If you are pregnant</b>                                                       | Office visits                                    | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | Childbirth/delivery professional services        | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | Childbirth/delivery facility services            | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
| <b>If you need help recovering or have other special health needs</b>            | <a href="#">Home health care</a>                 | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | <a href="#">Rehabilitation services</a>          | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | <a href="#">Habilitation services</a>            | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | <a href="#">Skilled nursing care</a>             | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | <a href="#">Durable medical equipment</a>        | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | <a href="#">Hospice services</a>                 | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
| <b>If your child needs dental or eye care</b>                                    | Children's eye exam                              | Not Covered                                  | Not Covered                                        | None                                                   |
|                                                                                  | 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](#).)

- Acupuncture
- Bariatric Surgery
- Chiropractic Care
- Cosmetic Surgery
- Dental Care
- Emergency Care
- Exams that are not pre-approved
- Hearing Aids
- Hospitalization
- Infertility Treatment
- Long Term Care
- Mental Health
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Prescription Drug Coverage
- Prenatal Care
- Private Duty Nursing
- Routine eye care
- Routine Foot Care
- Weight Loss Programs

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

- None

**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 U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3273 or [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or <http://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](http://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: Plan Administrator at 7180 Koll Center Parkway, Suite 200, Pleasanton, CA 94566 or 925-398-7046. You may also contact the Department of Labor, Employee Benefits Security Administrator at 1-866-EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage?** No, this plan or policy does not provide minimum essential coverage.

**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 Minimum Value Standards?** No, this health coverage does not meet the minimum value standard for the benefits it provides.

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 925-398-7046.

————— *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](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$0
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 0%
- Other [coinsurance](#) 0%

**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*)

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| <b>Total Example Cost</b> | <b>\$12,800</b> |
|---------------------------|-----------------|

**In this example, Peg would pay:**

| <i>Cost Sharing</i>               |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| Deductibles                       | \$0             |
| Copayments                        | \$0             |
| Coinsurance                       | \$0             |
| <i>What isn't covered</i>         |                 |
| Limits or exclusions              | \$12,800        |
| <b>The total Peg would pay is</b> | <b>\$12,800</b> |

**Managing Joe's type 2 Diabetes**  
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$0
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 0%
- Other [coinsurance](#) 0%

**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*)

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| <b>Total Example Cost</b> | <b>\$7,400</b> |
|---------------------------|----------------|

**In this example, Joe would pay:**

| <i>Cost Sharing</i>               |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Deductibles                       | \$0            |
| Copayments                        | \$0            |
| Coinsurance                       | \$0            |
| <i>What isn't covered</i>         |                |
| Limits or exclusions              | \$7,400        |
| <b>The total Joe would pay is</b> | <b>\$7,400</b> |

**Mia's Simple Fracture**  
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The [plan's](#) overall [deductible](#) \$0
- [Specialist copayment](#) \$0
- Hospital (facility) [coinsurance](#) 0%
- Other [coinsurance](#) 0%

**This EXAMPLE event includes services like:**

Emergency room care (*including medical supplies*)  
 Diagnostic test (*x-ray*)  
 Durable medical equipment (*crutches*)  
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| <b>Total Example Cost</b> | <b>\$1,900</b> |
|---------------------------|----------------|

**In this example, Mia would pay:**

| <i>Cost Sharing</i>               |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Deductibles                       | \$0            |
| Copayments                        | \$0            |
| Coinsurance                       | \$0            |
| <i>What isn't covered</i>         |                |
| Limits or exclusions              | \$1,900        |
| <b>The total Mia would pay is</b> | <b>\$1,900</b> |

**Note: These example conditions are not covered by this plan, so the patient pays 100%.**

Este documento sobre el resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudara a elegir un [plan](#) de salud. El resumen le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionara por separado. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visítenos en [www.WSIAWbenefits.org](http://www.WSIAWbenefits.org) o llame al 925-398-7046. Para ver definiciones generales de los términos comunes, tales como la [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), o cualquier otro término [subrayado](#) consulte el glosario. Puede encontrar el glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 1-925-398-7046 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes:                                                                      | Respuestas:                                                                                                                                            | La razón por la que esto importa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En general, ¿cuánto es el <a href="#">deducible</a> ?                                       | \$0                                                                                                                                                    | Consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer los costes de los servicios que cubre este plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Existen servicios cubiertos antes de cumplir con el <a href="#">deducible</a> ?            | No.                                                                                                                                                    | No tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Existen algunos otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?               | No.                                                                                                                                                    | No tiene que satisfacer <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos por servicios que cubre este plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Cual es el <a href="#">límite de desembolso</a> de este <a href="#">plan</a> ?             | No                                                                                                                                                     | No hay límite en la cantidad que podría pagar durante un periodo de cobertura por su parte del costo de los servicios cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso directo</a> ?        | Este plan no tiene <a href="#">límite de desembolso directo</a> .                                                                                      | No se aplica porque no hay <a href="#">límite de desembolso directo</a> para sus gastos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Paga usted menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                       | Sí. Para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> WSIW HP, póngase en contacto con WorkCare llamando al 800-455-6155, ext. 2201. | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Pagará menos si recurre a un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si recurre a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría recurrir a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesito una <a href="#">derivación</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ? | No aplica.                                                                                                                                             | El plan no cubre los servicios prestados por especialistas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



Todos los costes de [copago](#) y [coaseguro](#) que aparecen en esta tabla son después de haber alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

| Situación médica común                                                        | Servicios que puede necesitar                                          | Lo que usted pagaría                    |                                               | Limitaciones, excepciones, y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                               |                                                                        | Proveedor de la Red (Pagaría lo mínimo) | Proveedor fuera de la Red (Pagaría lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Si consulta a un <a href="#">proveedor</a> médico en su consultorio o clínica | Consulta con su doctor de cabecera para tratar una lesión o enfermedad | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                               | Consulta con <a href="#">especialista</a>                              | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                               | <a href="#">Atención preventiva/análisis</a> /vacunación               | Ningún cobro.                           | No cubre.                                     | Es posible que tenga que pagar por los servicios <a href="#">preventivos</a> o no especificados como <u>cubiertos de la siguiente manera:</u><br><br>El contenido especificado de los exámenes médicos cubiertos incluye una historia clínica completa y un examen físico. Si tiene entre 20 y 39 años, puede recibir un examen cada 3 años. Si tiene entre 40 y 49 años, puede recibir un examen cada 2 años. Si tiene 50 o más, puede someterse a un examen anual. |
| Si tiene un examen                                                            | <a href="#">Examen diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)   | Ningún cobro.                           | No cubre.                                     | Los contenidos especificados de los exámenes médicos cubiertos incluyen radiografías de tórax, espirometría, química sanguínea, incluido el colesterol HDL, hemograma completo, análisis de orina, agudeza visual y un audiograma. Si tiene más de 50, el plan cubre también el electrocardiograma en reposo y el antígeno prostático específico.                                                                                                                    |
|                                                                               | Imágen médica (CT/PET scans, MRIs)                                     | Ningún cobro.                           | No cubre.                                     | La tomografía computarizada de tórax en lugar del examen básico puede aprobarse en el marco del plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición                | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                       | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                               | Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)                              | No cubre.                               | No cubre.                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                               | Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)                           | No cubre.                               | No cubre.                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                               | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)                 | No cubre.                               | No cubre.                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Situación médica común                                                               | Servicios que puede necesitar                                 | Lo que usted pagaría                    |                                               | Limitaciones, excepciones, y otra información importante |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                               | Proveedor de la Red (Pagaría lo mínimo) | Proveedor fuera de la Red (Pagaría lo máximo) |                                                          |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>                                        | Cobro de la clínica (es decir, centro de cirugía ambulatoria) | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | Honorario del médico / cirujano                               | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                         | <a href="#">Atención de sala de emergencia</a>                | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>               | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Atención de urgencia</a>                          | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
| <b>Si usted ingresa al hospital</b>                                                  | Cobro de la clínica (es decir, cuarto de hospital)            | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | Honorario del médico / cirujano                               | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b> | Servicios ambulatorios                                        | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | Servicios de hospitalización                                  | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
| <b>Si está embarazada</b>                                                            | Citas en consultorio                                          | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | Servicios profesionales de parto                              | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | Servicios de parto en clínica                                 | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
| <b>Si necesita ayuda para reponerse o tiene alguna necesidad médica especial</b>     | <a href="#">Atención médica a Domicilio</a>                   | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                   | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                     | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>          | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo medico duradero</a>                        | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>              | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                             | Examen de la vista para niños                                 | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | Anteojos para niños                                           | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |
|                                                                                      | Revisión dental infantil                                      | No cubre.                               | No cubre.                                     | Ninguna.                                                 |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que, generalmente, su **Plan** NO cubre (Revise su póliza o documento del **plan** para más información y una lista de cualquier otro **servicio excluido**.)

- |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Atención quiropráctica</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Atención dental</li><li>• Atención de emergencia</li><li>• Exámenes sin aprobación</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aparatos auditivos</li><li>• Hospitalización</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li><li>• Cuidado a largo plazo</li><li>• Salud mental</li><li>• Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cobertura para medicamentos recetados</li><li>• Atención prenatal</li><li>• Enfermera privada</li><li>• Atención rutinaria para el cuidado de la vista</li><li>• Atención rutinaria de los pies</li><li>• Programas para bajar de peso</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros servicios cubiertos (Podrían haber limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Revise el documento de su **plan**.)

- Ninguno

**Sus derechos para continuar la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es: el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration en el 1-866-444-3273 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el U.S. Department of Health and Human Services en el 1-877-267-2323 x61565 o <http://www.cciio.cms.gov>. También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de un seguro individual a través del **Mercado** de Seguros Médicos. Para más información sobre el **Mercado**, consulte [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596

**Sus derechos de reclamación y apelación:** Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su **plan** por la denegación de una **reclamación**. Esta queja se denomina **agravio** o **apelación**. Para más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de Prestaciones que recibirá para esa **reclamación** médica. Los documentos de su **plan** también proporcionan información completa para presentar una **reclamación**, **apelación** o un **agravio** por cualquier motivo a su **plan**. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, póngase en contacto con: Plan Administrator en 7180 Koll Center Parkway, Suite 200, Pleasanton, CA 94566 o 925-398-7046. También puede ponerse en contacto con el Department of Labor, Employee Benefits Security Administrator en el 1-866-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Ofrece este plan una cobertura mínima esencial? No, este plan o póliza no proporciona una cobertura mínima esencial.**

La **Cobertura Esencial Mínima** generalmente incluye **planes, seguros médicos** disponibles a través del **Mercado** u otras normas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de **Cobertura Esencial Mínima**, es posible que no sea elegible para el **crédito fiscal para primas**.

**¿Cumple este plan las normas de valor mínimo? No, esta cobertura médica no cumple el nivel de valor mínimo para las prestaciones que ofrece.**

Si su **plan** no cumple los **niveles mínimos de valor**, puede ser elegible para un **crédito fiscal para primas** que le ayude a pagar un **plan** a través del **Mercado**.

### Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 925-398-7046.

-----Para ver ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir los costes de una situación médica supuesta, consulte la siguiente sección.-----

**Respecto a estos ejemplos de cobertura:**



**Esto no es una estimación de costes.** Los tratamientos mostrados son sólo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, de los precios que cobren sus [proveedores](#) y de muchos otros factores. Fíjese en los importes de los [gastos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costes que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura exclusiva para usted.

**Peg is having a Baby**

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

- El [deducible](#) integral del [plan](#) \$0
- [Copago de especialista](#) \$0
- [Coaseguro](#) de hospital (clínica) 0%
- Otro [coaseguro](#) 0%

**Este EJEMPLO incluye tales servicios como:**

Consultas a [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto  
 Servicios de la clínica para el parto  
[Exámenes diagnósticos](#) (*ultrasonido y análisis de sangre*)  
 Consultas a [especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Coste total del ejemplo</b> | <b>\$12,800</b> |
|--------------------------------|-----------------|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| <i>Costo compartido</i>            |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles                         | \$0             |
| Copagos                            | \$0             |
| Coaseguro                          | \$0             |
| <i>Lo que no cubre</i>             |                 |
| Límites y exclusiones              | \$12,800        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$12,800</b> |

**Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe**

(Un año de atención rutinaria de una condición bien controlada, dentro de la red)

- El [deducible](#) integral del [plan](#) \$0
- [Copago de especialista](#) \$0
- [Coaseguro](#) de hospital (clínica) 0%
- Otro [coaseguro](#) 0%

**Este EJEMPLO incluye tales servicios como:**

Consultas al médico de cabecera (*inclusive educación sobre la enfermedad*)  
 Exámenes diagnósticos (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos con receta  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Coste total del ejemplo</b> | <b>\$7,400</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$0            |
| Copagos                            | \$0            |
| Coaseguro                          | \$0            |
| <i>What isn't covered</i>          |                |
| Límites y exclusiones              | \$7,400        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$7,400</b> |

**Fractura simple de Mia**

(consulta en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) integral del [plan](#) \$0
- [Copago de especialista](#) \$0
- [Coaseguro](#) de hospital (clínica) 0%
- Otro [coaseguro](#) 0%

**Este EJEMPLO incluye tales servicios como:**

Atención en sala de emergencia (*incluso suministros médicos*)  
 Examen diagnóstico (*radiografías*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Coste total del ejemplo</b> | <b>\$1,900</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$0            |
| Copagos                            | \$0            |
| Coaseguro                          | \$0            |
| <i>What isn't covered</i>          |                |
| Límites y exclusiones              | \$1,900        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,900</b> |

**Nota: Estas condiciones de ejemplo no están cubiertas por este plan, por lo que el paciente paga el 100%.**

El [plan](#) no sería responsable de los demás costes de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.