

 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 1-877-490-3636. 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 healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-877-490-3636 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	Tier 1---\$0 Tier 2—Single Plan: \$500 employee Family Plan: \$500 person/\$1,000 family Tier 3---Single Plan: \$2,500 employee Family Plan: \$2,500 person/\$5,000 family Tier 4---Single Plan: \$5,000 employee Family Plan: \$5,000 person/\$10,000 family	In-network---See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers. Out-of-network---Generally, you must pay all costs from <u>providers</u> up to <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> until total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u> ?	Tier 1---Not applicable Tiers 2 & 3—Yes, <u>preventive services</u> and physician office visits are some of the services covered before you meet your <u>deductible</u> .	Tier 1—Not applicable. Tiers 2 & 3—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. For example, this <u>plan</u> covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost-sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered <u>preventive services</u> at healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
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> ?	Tiers 1 & 2---Single Plan: \$2,000 employee Family Plan: \$2,000 person/\$4,000 family Tier 3—Single Plan: \$4,000 employee Family Plan: \$4,000 person/\$8,000 family Tier 4---Single Plan: \$10,000 employee Family Plan: \$10,000 person/\$20,000 family	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> is met.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	<u>Premiums</u> , <u>balance-billing</u> charges and health care this <u>plan</u> doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a <u>network provider</u> ?	Yes. See healthplansinc.com/Tenet or call 1-877-490-3636 for a list of <u>network providers</u> .	You pay the least if you use a Tier 1 <u>provider</u> . You may pay more if you use a Tier 2 or 3 <u>provider</u> . You pay the most if you use a Tier 4 <u>provider</u> and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge 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 may see a <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
		Tenet Network Providers [Tier 1]	Custom Network Providers [Tier 2]	HPHC Network Providers [Tier 3]	Out-of-Network Providers [Tier 4]	
		(You pay the least)	(You may pay more)		(You 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>copay/visit</u>	\$30 <u>copay/visit</u> ; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	You may have to pay for services that aren't <u>preventive</u> . Ask <u>provider</u> if services are <u>preventive</u> . Then check what <u>plan</u> will pay.
	<u>Specialist</u> visit	\$60 <u>copay/visit</u>	\$60 <u>copay/visit</u> ; <u>deductible</u> waived			
	<u>Preventive care/screening/Immunization</u>	No charge	No charge; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	No charge	\$60 <u>copay/visit</u> ; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> required for Imaging or coverage will be denied.
	<u>Imaging</u> (CT/PET scans, MRIs)	No charge	\$150 <u>copay/visit</u> ; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	
If you need drugs to treat your illness or condition. More information about prescription drug coverage is available at benefitsolutions.ehr.com	Generic drugs—		Participating In-network Pharmacies			Covers up to 30-day supply (Retail); 31-90-day supply (Mail Order). Only 2 fills at retail of maintenance drug. Subsequent refills must be through Mail Order
	Retail	\$10 <u>copay/prescription</u>				
	Mail Order	\$20 <u>copay/prescription</u>				
	Preferred brand drugs—		Not covered			
	Retail	\$25 <u>copay/prescription</u>				
Mail Order	\$50 <u>copay/prescription</u>					
Non-preferred brand drugs—		Payable as shown above				
Retail	\$50 <u>copay/prescription</u>					
Mail Order	\$100 <u>copay/prescription</u>					
<u>Specialty drugs</u> —						
Retail						
Mail Order						
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	Physician/surgeon fees	No charge	No charge; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$200 <u>copay/visit</u>	\$200 <u>copay/visit</u> ; <u>deductible</u> waived			<u>Copay</u> waived if admitted
	<u>Emergency medical transportation</u>	No charge	No charge; <u>deductible</u> waived			None
	<u>Urgent care</u>	\$30 <u>copay/visit</u>	\$30 <u>copay/visit</u> ; <u>deductible</u> waived	50% <u>coinsurance</u>		None
If you have a hospital stay	Facility fee (hospital room)	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> required
	Physician/surgeon fees	No charge	No charge; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	

Note: All Physician/Professional services are covered at Tier 2 deductible when related to Hospital-based inpatient or outpatient services in Tiers 2 and 3 (except for Occupational, Physical and Speech Therapies).



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
		Tenet Network Providers [Tier 1]	Custom Network Providers [Tier 2]	HPHC Network Providers [Tier 3]	Out-of-Network Providers [Tier 4]	
		(You pay the least)	(You may pay more)		(You pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, substance abuse services	Outpatient services— Office Visit	\$30 <u>copay</u> /visit	\$30 <u>copay</u> /visit; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> required for Intensive outpatient treatment & Inpatient services
	Intensive Outpatient Treatment	No charge	No charge; <u>deductible</u> waived			
	Inpatient services	No charge	No charge; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	
If you are pregnant	Office visits	No charge	No charge; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	Maternity care may include tests & services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). <u>Preauthorization</u> required for stays over 48 hrs (normal delivery) or 96 hrs (caesarean).
	Childbirth/delivery professional services					
	Childbirth/delivery facility services	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> required. 120 visits/yr.
	<u>Rehabilitation services</u> — Inpatient	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	60 days/yr with Skilled nursing care. Requires <u>preauthorization</u> for Inpatient. 60 visits/yr combined for Occupational, Physical & Speech therapies
	Outpatient	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	
	<u>Habilitation services</u> — Early Intervention	\$60 <u>copay</u> /visit	\$60 <u>copay</u> /visit; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	None
	Developmental Delay	\$60 <u>copay</u> /visit	\$60 <u>copay</u> /visit; <u>deductible</u> waived		50% <u>coinsurance</u>	
	<u>Skilled nursing care</u>	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	60 days/yr with Inpatient rehab. <u>Preauthorization</u> required
	<u>Durable medical equipment</u> (combined with Prosthetics)	No charge for first \$1,500 then 50% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u> for first \$1,500 then 50% <u>coinsurance</u>		50% <u>coinsurance</u> for first \$1,500 then 75% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> required for certain equipment.
<u>Hospice services</u>	No charge	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	<u>Preauthorization</u> required	



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
		Tenet Network Providers [Tier 1]	Custom Network Providers [Tier 2]	HPHC Network Providers [Tier 3]	Out-of-Network Providers [Tier 4]	
		(You pay the least)	(You may pay more)		(You pay the most)	
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	Not covered	Not covered	n/a
	Children's glasses	Not covered	Not covered	Not covered	Not covered	n/a
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Not covered	Not covered	n/a

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.)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cosmetic surgery • Non-emergency care when traveling outside U.S. • Routine foot care | <ul style="list-style-type: none"> • Dental care (routine child & adult) • Private duty nursing • Weight loss programs | <ul style="list-style-type: none"> • Long term care • Routine eye care (child & adult) |
|---|---|--|

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

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture (20 visits/yr with Chiropractic care) • Hearing aids (initial pair + 1 replacement/lifetime) | <ul style="list-style-type: none"> • Bariatric Surgery • Infertility treatment (\$15,000/lifetime for medical; \$10,000/lifetime for Rx) | <ul style="list-style-type: none"> • Chiropractic care (20 visits/yr with Acupuncture) |
|---|--|---|

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-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 1-877-490-3636.

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, you can contact the plan at 1-877-490-3636. You may also contact the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet Minimum Value Standards? Yes.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-490-3636

Portuguese (Portuguès): De assistència em Português, ligue 1-877-490-3636

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-490-3636

[————— *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 \$60
- Hospital (facility) no charge
- Other no charge

This **EXAMPLE** event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$0
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$60

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 \$60
- Hospital (facility) no charge
- Other no charge

This **EXAMPLE** event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$400
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$420

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

- The plan's overall deductible \$0
- Specialist copayment \$60
- Hospital (facility) no charge
- Other no charge

This **EXAMPLE** event includes services like:

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

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$400
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$400



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a seleccionar un plan de salud. El SBC muestra cómo el plan y usted compartirían los costos por los servicios de cuidados de la salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado la prima) se proporciona por separado. Éste es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-877-490-3636. Para obtener definiciones generales de términos comunes como cantidad aprobada, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados vea el Glosario. Puede ver el glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llame al 1-877-490-3636 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es tan importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Nivel 1---\$0 Nivel 2---Plan individual: \$500 empleado Plan familiar:\$500 persona/\$1000 familia Nivel 3---Plan individual: \$2500 empleado Plan familiar: \$2500 persona/\$5000 familia Nivel 4---Plan individual: \$5000 empleado Plan familiar: \$5000 persona/\$10,000 familia	Dentro de la red: Vea la tabla Eventos médicos comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este plan. Fuera de la red: Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros familiares en el <u>plan</u> , cada miembro de cumplir con su <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos de <u>deducible</u> pagado por todos los miembros familiares cumpla el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> ?	Nivel 1: No aplica Para los <u>servicios preventivos</u> de nivel 2 y 3 y las consultas médicas son algunos de los servicios que se cubren antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Niveles 1—No aplica. Niveles 2, 3 y 4—Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aún si no ha cumplido con la cantidad del <u>deducible</u> . Pero puede que aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>compartir</u> costos y antes de cumplir su <u>deducible</u> . Consulte lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que cubrir los <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Niveles 1 y 2---Plan individual: \$2000 empleado Plan familiar:\$2000 persona/\$4000 familia Nivel 3---Plan individual: \$4000 empleado Plan familiar: \$4000 persona/\$8000 familia Nivel 4---Plan individual: \$10,000 empleado Plan familiar: \$10,000 persona/\$20,000 familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que tendrá que pagar por año por gastos cubiertos. Si tiene otros miembro de familia en este <u>plan</u> , tiene que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> haga que se cumpla el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , cobros por <u>saldo de facturación</u> y cuidado de salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted paga estos costos, no cuentan hacia el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de red</u> ?	Sí. Vea healthplansinc.com/Tenet o llame al 1-877-490-3636 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Paga la menor cantidad si usa un <u>proveedor</u> de nivel 1. Paga más si usa un <u>proveedor</u> de nivel 2 o 3. Pagará la mayor cantidad si usa un <u>proveedor</u> de nivel 4 y puede que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>saldo de facturación</u>). Debe saber que <u>proveedor de red</u> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como diagnósticos de laboratorio). Verifique con <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver el <u>especialista</u> que elija sin obtener una <u>referencia</u> de este plan.



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de cumplir con el **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante	
		Proveedores de red Tenet [Nivel 1]	Proveedores de red personalizados [Nivel 2]	Proveedores de red HPHC [Nivel 3]	Proveedores fuera de la red [Nivel 4]		
		(Pagará menos)	(Pagará más)		(Pagará máximo)		
Si va al consultorio o clínica de un proveedor de cuidados de la salud	Consulta de cuidados primarios para el tratamiento de una lesión o enfermedad	\$30 <u>copago</u> /consulta	\$30 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>	Puede que tenga que pagar por los servicios que no son de <u>prevención</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios son de <u>prevención</u> . Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .	
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$60 <u>copago</u> /consulta	\$60 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica				
	<u>Cuidados preventivos/detección/Vacunas</u>	Sin cobro	Sin cobro; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>		
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	\$60 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>	Requiere <u>autorización previa</u> para la obtención de imágenes o la cobertura será denegada.	
	Imágenes (TAC/TEP, RMN)	Sin costo	\$150 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>		
Si necesita drogas para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible en benefitsolutions.ehr.com	Drogas genérico:	Farmacias participante dentro de la red				Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia); suministro de 31-90 días (por correo). Solo 2 llenados del mismo drogas de mantenimiento en farmacia. Los llenados subsiguientes se deben hacer usando por correo
	En farmacia	\$10 <u>copago</u> /receta					
	Por correo	\$20 <u>copago</u> /receta					
	Drogas de marca preferidas:	En farmacia	\$25 <u>copago</u> /receta				
	Por correo	\$50 <u>copago</u> /receta					
Drogas de marca no preferida:	En farmacia	\$50 <u>copago</u> /receta					
	Por correo	\$100 <u>copago</u> /receta					
Drogas de marca <u>especializada</u> :	Pagadero como se muestra arriba						
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Costos por uso del centro (ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	Ninguno	
	Costos de médicos/cirujanos	Sin costo	Sin cobro; el <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>		

Nota: Todos los servicios de médicos/profesionales se cubren con el deducible de nivel 2 cuando tengan que ver con servicios dentro o fuera del hospital de nivel 2 y 3 cuando está hospitalizado (excepto terapias ocupacionales, físicas y del habla).



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de cumplir con el **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de red Tenet [Nivel 1]	Proveedores de red personalizados [Nivel 2]	Proveedores de red HPHC [Nivel 3]	Proveedores fuera de la red [Nivel 4]	
		(Pagará menos)	(Pagará más)		(Pagará máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidados en sala de emergencias</u>	\$200 <u>copago</u> /consulta	\$200 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica			No se exige <u>copago</u> si es hospitalizado
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cobro	Sin cobro; <u>deducible</u> no aplica			Ninguno
	<u>Cuidado urgente</u>	\$30 <u>copago</u> /consulta	\$30 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica	50% <u>coseguro</u>		Ninguno
Si lo admiten al hospital	Costos por uso del centro (habitación del hospital)	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	Se requiere la <u>autorización previa</u> .
	Costos de médicos/cirujanos	Sin cobro	Sin cobro; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>	
Si requiere servicios de salud mental, de conducta o de abuso de sustancias	Fuera del hospital--Consulta	\$30 <u>copago</u> /consulta	\$30 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>	Se requiere la <u>autorización previa</u> para el tratamiento intensivo fuera del hospital y servicios de hospitalización
	Tratamiento intensivo fuera del hospital	Sin cobro	Sin cobro; <u>deducible</u> no aplica			
	Servicios de hospitalización	Sin cobro	Sin cobro; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>	
Si está embarazada	Consultas	Sin cobro	Sin cobro; <u>deducible</u> no aplica		50% <u>coseguro</u>	El cuidado de embarazo puede incluir pruebas y servicios descritos en otro parte de este SBC (p. ej. ultrasonido). Se requiere la <u>autorización previa</u> para hospitalizaciones que excedan 48 horas (parto normal)/96 horas (cesárea)
	Servicios profesionales por partos					
	Servicios por centros de partos	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de cumplir con el **deducible**, si es que aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de red Tenet [Nivel 1]	Proveedores de red personalizados [Nivel 2]	Proveedores de red HPHC [Nivel 3]	Proveedores fuera de la red [Nivel 4]	
		(Pagará menos)	(Pagará más)		(Pagará máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidados de salud en casa</u>	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	120 visitas/año. Requiere <u>autorización previa</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u> Hospitalización	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	60 días/año con enfermería especializada. Requiere <u>autorización previa</u> . 60 consultas/año combinado para terapias ocupacionales, físicas y del habla.
	Servicio ambulatorio	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	
	<u>Servicios de habilitación—</u> Intervención temprana Demora de desarrollo	\$60 <u>copago</u> /consulta \$60 <u>copago</u> /consulta		\$60 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica \$60 <u>copago</u> /consulta; <u>deducible</u> no aplica	50% <u>coseguro</u> 50% <u>coseguro</u>	Ninguno <u>Autorización previa</u> y límites de visita según los servicios prestados.
	<u>Cuidados de enfermera especializada</u>	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	60 días/año con rehabilitación en el hospital. Se requiere la <u>autorización previa</u>
	<u>Equipos médicos duraderos</u> (combinados con prótesis)	Sin costo para los primeros \$1,500 luego 50% <u>coseguro</u>		20% <u>coseguro</u> por los primeros \$1500 luego 50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u> por los primeros \$1500, luego 75% <u>coseguro</u>	Se requiere la <u>autorización previa</u> para cierto equipo
	<u>Cuidados paliativos</u>	Sin costo	20% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	Se requiere la <u>autorización previa</u> .
Si su niño necesita cuidados dentales o de vista	Examen de vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	n/d
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	n/d
	Revisión dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	n/d

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan generalmente NO cubre (revise su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía cosmética
- Cuidados que no son de emergencia al viajar fuera de EE.UU.
- Cuidado de pies de rutina
- Cuidados dentales (niños y adultos de rutina)
- Enfermería privada
- Programa de pérdida de peso
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado de ojos de rutina (niño y adulto)

Otros servicios cubiertos (Puede que se apliquen limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Sírvase consultar el documento de su plan).

- Acupuntura (20 visitas/año con cuidados quiroprácticos)
- Prótesis auditivas (1 inicial +1 reemplazo/vida)
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de infertilidad (\$15,000/vida para tratamiento médico; \$10,000/vida para drogas)
- Cuidado quiropráctico (20 visitas/año con acupuntura)

Su derecho para continuar con la cobertura: Hay agencias que lo pueden ayudar si quiere continuar con su cobertura cuando termina. La información de contacto para esas agencias es U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Hay otras opciones de cobertura que puede tener disponible, incluso comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado visite www.HealthCare.gov o llame al 1-877-490-3636.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias disponibles para ayudarle si tiene una queja contra su plan por negar un reclamo. Esta queja se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, mire en la explicación de beneficios donde recibirá para ese reclamo médico. El documento de su plan también proporciona información completa para hacer un reclamo, apelación o una queja por cualquier razón a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso u obtener asistencia, puede contactar al plan al 1-877-490-3636. También puede llamar al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de valor mínimo, puede que sea elegible para un crédito de impuestos para prima para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-490-3636

Português (Portuguese): De assistência em Português, ligue 1-877-490-3636

中文 (Chinese): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-490-3636

—————Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir costos para una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.—————

Sobre los ejemplos de cobertura:



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo el plan puede cubrir el tratamiento médico. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio que cobran sus proveedores y de otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos en el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted deba pagar bajo planes de salud diferentes. Observe que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual solamente.

Peg está embarazada (9 meses de cuidados prenatales dentro de la red y parto en un hospital)	Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)	Fractura simple de Mia (visita a sala de emergencia dentro de la red y cuidados de seguimiento)
--	---	---

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ El <u>deducible</u> total del plan \$0 ■ <u>Copago por especialista</u> \$60 ■ <u>Hospital (centro) sin cobro</u> ■ <u>Otro sin cobro</u> | <ul style="list-style-type: none"> ■ El <u>deducible</u> total del plan \$0 ■ <u>Copago por especialista</u> \$60 ■ <u>Hospital (centro) sin cobro</u> ■ <u>Otro sin cobro</u> | <ul style="list-style-type: none"> ■ El <u>deducible</u> total del plan \$0 ■ <u>Copago por especialista</u> \$60 ■ <u>Hospital (centro) sin cobro</u> ■ <u>Otro sin cobro</u> |
|--|--|--|

<p>Este EJEMPLO incluye servicios como: Consulta con especialista (<i>cuidado prenatal</i>) Servicios profesionales por partos Servicios por centros de partos Exámenes de diagnóstico (<i>ultrasonido, análisis de sangre</i>) Consulta con especialista (<i>anestesia</i>)</p>	<p>Este EJEMPLO incluye servicios como: Consultas con médico de cuidados primarios (<i>incluso educación sobre la diabetes</i>) Exámenes de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta Equipos médicos duraderos (<i>medidores de glucosa</i>)</p>	<p>Este EJEMPLO incluye servicios como: Cuidado en la sala de emergencia (<i>incluso suministros médicos</i>) Exámenes de diagnóstico (<i>radiografías</i>) Equipos médicos duraderos (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>)</p>
--	--	---

Costo total de muestra	\$12,700	Costo total de muestra	\$5600	Costo total de muestra	\$2800
-------------------------------	-----------------	-------------------------------	---------------	-------------------------------	---------------

En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Compartir costos</i>		<i>Compartir costos</i>		<i>Compartir costos</i>	
Deducibles	\$0	Deducibles	\$0	Deducibles	\$0
Copagos	\$0	Copagos	\$400	Copagos	\$400
Coseguro	\$0	Coseguro	\$0	Coseguro	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>		<i>Lo que no se cubre</i>		<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$60	El total que Joe pagaría es	\$420	El total que Mia pagaría es	\$400