**Esto es solamente un resumen.** Si quiere conocer más detalles sobre su cobertura y costos, puede obtener la totalidad de los términos y condiciones en la póliza o documento del plan en www.bgfh.com o llamando al 1-800-787-2680.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuánto es el deducible general?** | **$5000** individual/**$10000** familiar. Los copagos no se aplican al **deducible**. No es aplicable a la atención preventiva de la salud. | Debe pagar todos los costos hasta llegar a la cantidad **deducible** antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que utilice. Verifique en su póliza o documento del plan para ver cuándo comienza de nuevo el **deducible** (usualmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos una vez que ha cumplido el **deducible**. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No tiene que cumplir **deducibles** para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos por los servicios que cubre este plan. |
| **¿Hay un límite del propio bolsillo para pagar mis gastos?** | Sí. Para proveedores dentro de la red, **$6600** individual / **$13200** familiar. Para proveedores fuera de la red, **$19800** individual / **$39600** familiar. | El **límite de gastos del propio bolsillo** es el máximo que puede pagar durante un periodo de cobertura (generalmente un año) por su participación en el costo de servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos por atención de la salud. |
| **¿Qué no se incluye en el límite de gastos del propio bolsillo?** | Primas, facturación de saldos y atención de la salud que este plan no cubre. | Incluso si paga estos gastos, no cuentan para satisfacer el **límite de gastos del propio bolsillo.** |
| **¿Hay un límite anual general sobre lo que paga el plan?** | No. | La tabla que comienza en la página 2 describe todos los límites sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos *específicos*, como visitas al consultorio. |
| **Este plan ¿usa una red de proveedores?** | Sí. Llámenos al **1-800-787-2680** o consulte en **www.bgfh.prismisp.com** para obtener una lista de todos los proveedores participantes. | Si usa un médico u otro **proveedor** de atención de la salud de la red, este plan pagará parte o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red pueden utilizar un **proveedor** que no está en la red para algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red, **preferidos** o participantes para referirse a los **proveedores** que están en su **red.** Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo paga este plan las distintas clases de **proveedores**. |
| **¿Necesito una derivación para ver a un especialista?** | No. | Puede ver al **especialista** de su elección sin obtener un permiso de este plan. |
| **¿Hay algún servicio que este plan no cubra?** | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre están enumerados en la página 5. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los **servicios excluidos**. |

- **Los copagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, $15) que usted paga por la atención de la salud cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- **El coseguro** es *su* participación en los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del **monto permitido** por el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** del plan por una internación en el hospital de una noche es de $1000, su pago de **coseguro** del 20% sería $200. Esto puede cambiar si no ha cumplido su **deducible**.
- El monto que el plan paga por servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más que el **monto permitido**, puede que usted tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra $1500 por una internación de una noche y el **monto permitido** es de $1000, puede que usted tenga que pagar la diferencia de $500. (A esto se le llama **facturación de saldo**).
- Este plan puede alentarlo a utilizar **proveedores** participantes cobrándole montos de **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos.

| Evento médico habitual | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Límites y excepciones |
|---|---|---|---|---|
| **Si visita un consultorio o clínica de un proveedor de atención de la salud** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $30 de copago por visita | 45% de coseguro | Incluye los servicios profesionales; se excluyen los análisis y pruebas de diagnóstico. El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. |
| | Visita a especialista | $60 de copago por visita | 45% de coseguro | Incluye los servicios profesionales; se excluyen los análisis y pruebas de diagnóstico. El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. |
| | Visita al consultorio de otro tipo de profesional | $30 de copago por visita a quiropráctico | 45% de coseguro por visita a quiropráctico | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. BFH usa Optum Health para proporcionar servicios de quiropraxia. Se puede requerir autorización previa. Llame al (800) 873-4575. Límite de 12 visitas por año del plan. |
| | Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones | Cobertura total (no está sujeta a deducibles) | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Hay disponible una copia completa del Listado de servicios de las Directivas de prevención de BFH en www.bgfh.com o puede obtener una llamando al Servicio al Cliente. |
| **Si se hace un estudio o análisis** | Pruebas de diagnóstico (rayos x, análisis de sangre) | $30 de copago por visita | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Consulte la Lista de autorización previa para los servicios que la requieren. |
| | Diagnóstico por imágenes (Exploraciones CT/PET, MRI) | $300 de copago por visita | 45% de coseguro | Consulte los límites y excepciones para las pruebas de diagnóstico. |

| Evento médico habitual | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Límites y excepciones |
|---|---|---|---|---|
| **Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección** Hay disponible más información sobre **cobertura de medicamentos recetados** en www.bgfh.com. | Nivel 1 | $15 de copago: minorista; $30 de copago: pedido por correo. | Sin cobertura | Los medicamentos de venta minorista están cubiertos hasta un suministro para 30 días, los medicamentos pedidos por correo hasta un suministro para 90 días. Consulte el listado de medicamentos preferidos para empresas pequeñas a fin de obtener la lista completa. |
| | Nivel 2 | $30 de copago: minorista; $60 de copago: pedido por correo. | Sin cobertura | Los medicamentos de venta minorista están cubiertos hasta un suministro para 30 días, los medicamentos pedidos por correo hasta un suministro para 90 días. Consulte el listado de medicamentos preferidos para empresas pequeñas a fin de obtener la lista completa. |
| | Nivel 3 | $60 de copago: minorista; $120 de copago: pedido por correo. | Sin cobertura | Los medicamentos de venta minorista están cubiertos hasta un suministro para 30 días, los medicamentos pedidos por correo hasta un suministro para 90 días. Consulte el listado de medicamentos preferidos para empresas pequeñas a fin de obtener la lista completa. |
| | Nivel 4 | 25% de coseguro: minorista y pedido por correo | Sin cobertura | El coseguro no está sujeto al deducible. Los medicamentos de venta minorista están cubiertos hasta un suministro para 30 días, los medicamentos pedidos por correo hasta un suministro para 90 días. Consulte el listado de medicamentos preferidos para empresas pequeñas a fin de obtener la lista completa. Los medicamentos e inyectables de especialidad sólo podrán obtenerse a través de los servicios de especialidades farmacéuticas de CuraScript. Algunos medicamentos de especialidad requieren autorización previa para estar cubiertos. |
| **Si se somete a cirugía ambulatoria** | Honorarios de la institución (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | $300 de copago por visita | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Se requiere autorización previa para los servicios específicos a ser cubiertos. Consulte la Lista de autorización previa. |
| | Honorarios de médico/cirujano | $300 de copago por visita | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Se requiere autorización previa para los servicios específicos a ser cubiertos. Consulte la Lista de autorización previa. |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Servicios de sala de emergencias | $300 de copago por visita más 20% de coseguro | $300 de copago por visita más 20% de coseguro | El coseguro no está sujeto a deducibles. |
| | Transporte médico de emergencia | $300 de copago por visita más 20% de coseguro | $300 de copago por visita más 20% de coseguro | El coseguro no está sujeto a deducibles. |
| | Atención urgente | $50 de copago por visita | $50 de copago por visita | ----------Ninguna---------- |
| **Si se interna en un hospital** | Honorarios de la institución (por ejemplo, habitación de hospital) | $600 de copago por admisión | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Se requiere autorización previa para los servicios específicos a ser cubiertos. Consulte la Lista de autorización previa. |

| Evento médico habitual | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Límites y excepciones |
|---|---|---|---|---|
| | Honorarios de médico/cirujano | $600 de copago por admisión | 45% de coseguro | Consulte los límites y excepciones para los honorarios de la institución. |
| **Si usted tiene alguna necesidad relacionada con salud mental, salud del comportamiento o adicciones** | Servicios ambulatorios de salud mental/del comportamiento | $30 de copago por visita | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. |
| | Servicios de internación de salud mental/del comportamiento | $600 de copago por admisión | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. |
| | Servicios ambulatorios para trastornos de adicciones | $30 de copago por visita | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. |
| | Servicios de internación para trastornos de adicciones | $600 de copago por admisión | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. |
| **Si está embarazada** | Atención prenatal y posnatal | $30 de copago por visita | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. |
| | Parto y todos los servicios de internación | $600 de copago por admisión | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Consulte la Lista de autorización previa para los servicios que la requieren. |
| **Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales relativas a la salud** | Atención de la salud a domicilio | 20% de coseguro | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Hasta 100 visitas por año del plan. |
| | Servicios de rehabilitación | $50 de copago por visita ST/Cardíaca/PR<br>$30 de copago por visita PT/OT | 45% de coseguro ST/Cardíaca/PR<br>45% de coseguro PT/OT | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Hasta 20 visitas cada uno por año del plan para terapia física (PT), terapia ocupacional (OT), terapia foniátrica (ST), rehabilitación pulmonar (PR), y 36 visitas cada uno por año del plan para rehabilitación cardíaca. |
| | Servicios de habilitación | $50 de copago por visita ST/Cardíaca/PR<br>$30 de copago por visita PT/OT | 45% de coseguro ST/Cardíaca/PR<br>45% de coseguro PT/OT | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Cobertura de PT, OT y ST para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. |
| | Atención de enfermería especializada | $600 de copago por admisión | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Límite de 90 días por año del plan |
| | Equipo médico duradero | 20% de coseguro | 45% de coseguro | El coseguro está sujeto a deducibles a menos que se indique algo diferente. Las compras de equipo médico duradero sobre $500 y todos los alquileres requieren autorización previa. |
| | Cuidados paliativos | Cobertura total (no está sujeta a deducibles) | Cobertura total (no está sujeta a deducibles) | ----------Ninguna---------- |

| Evento médico habitual | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Límites y excepciones |
|---|---|---|---|---|
| **Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica** | Examen de vista | Consulte la sección sobre límites y excepciones | No hay cobertura para el examen | $30 de copago por visita al optometrista, $60 de copago por visita al oftalmólogo. Oftalmología pediátrica: 1 examen cada 12 meses para menores de 21 años. |
| | Gafas | 50% de coseguro (no está sujeto a deducibles) | 50% de coseguro (no está sujeto a deducibles) | Limitado a un (1) par de lentes por año más un (1) par de reemplazo por año si fuese médicamente necesario. Limitado a un destinatario menor de veintiún años (21). |
| | Revisión dental | No está cubierto | No está cubierto | Servicio excluido. Los beneficios odontológicos pediátricos requeridos deben adquirirse mediante un plan odontológico por separado e independiente para cumplir con la Ley ACA. |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan NO cubre** (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para conocer otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención odontológica (adulto)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Podiatría de rutina
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos** (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o documento del plan para conocer otros servicios cubiertos y el costo para estos servicios).

- Atención de quiropraxia
- Audífonos (1 audífono por oído discapacitado cada 36 meses para menores de 18 años)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. (beneficios fuera de la red)
- Enfermeras particulares (2000 horas por año del plan, 4000 horas como máximo de por vida)
- Atención oftalmológica de rutina (adulto) (1 examen cada 24 meses para mayores de 21 años; $100 máximo para armazones, lentes y contacto por año del plan)

## Sus derechos para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protección que le permita mantener la cobertura de la salud. Tales derechos pueden tener una duración limitada y requerirán que pague una prima, que puede ser significativamente más alta que la prima que paga mientras está cubierto por el plan. Pueden ser aplicables otras limitaciones para continuar con la cobertura.
Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, contáctese con el plan llamando al (859) 269-4475 o al (800) 787-2680. También puede ponerse en contacto con su departamento de seguros estatal, el Departamento de Trabajo de los EE. UU., la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados llamando al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.cciio.cms.gov.

## Sus derechos de quejas y apelaciones:

Si tiene algún reclamo o no está satisfecho con una denegación de cobertura por reclamaciones de su plan, puede apelar o presentar una queja. Otros recursos de ayuda: Si tiene preguntas sobre sus derechos, esta notificación o ayuda, puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados llamando al 1-866-444-EBSA (3272). Para los planes de Kentucky, puede solicitar asistencia adicional comunicándose con el Departamento de Seguros de la División de Protección del Consumidor escribiendo a: PO Box 517, Frankfort, KY 40602 (502)-564-6034, o llamando gratis (residentes de Kentucky solamente) al (800)-595-6053 o visitando http://insurance.ky.gov.

## ¿Esta cobertura ofrece la cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Médica Asequible exige que la mayoría de las personas cuenten con cobertura de salud que califique como "cobertura esencial mínima".
**Este plan o póliza proporciona la cobertura esencial mínima.**

## ¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Médica Asequible establece un estándar de valor mínimo de beneficios para un plan de salud. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial).
**Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que ofrece.**

*Para ver ejemplos de cómo podría cubrir este plan los costos de situaciones médicas dadas vea la siguiente página.*

## Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo podría cubrir este plan la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general cuánta protección financiera podría obtener un paciente a modo de ejemplo, si está cubierto por distintos planes.

### Esto no estima costos.

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales con este plan. La atención real que usted reciba será diferente de estos ejemplos y el costo será diferente.

Vea la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos.

## Tener un hijo
(parto normal)

- **Monto adeudado a los proveedores: $7540**
- **El Plan paga $1910**
- **El paciente paga $5630**

### Costo de la atención a modo de ejemplo:

| | |
|---|---|
| Costos de hospital (madre) | $2700 |
| Atención obstétrica de rutina | $2100 |
| Costos de hospital (bebé) | $900 |
| Anestesia | $900 |
| Pruebas de laboratorio | $500 |
| Medicamentos recetados | $200 |
| Radiología | $200 |
| Vacunas, otras prevenciones | $40 |
| **Total** | **$7540** |

### El paciente paga:

| | |
|---|---|
| Deducibles | $5000 |
| Copagos | $610 |
| Coseguro | $0 |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **Total** | **$5630** |

## Tratamiento de la diabetes de tipo 2
(mantenimiento de rutina de una afección bien controlada)

- **Monto adeudado a los proveedores: $5400**
- **El Plan paga $490**
- **El paciente paga $4910**

### Costo de la atención a modo de ejemplo:

| | |
|---|---|
| Medicamentos recetados | $2900 |
| Suministros y equipo médico | $1300 |
| Visitas y procedimientos en el consultorio | $700 |
| Educación | $300 |
| Pruebas de laboratorio | $100 |
| Vacunas, otras prevenciones | $100 |
| **Total** | **$5400** |

### El paciente paga:

| | |
|---|---|
| Deducibles | $4830 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| Límites o exclusiones | $80 |
| **Total** | **$4910** |

# Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

## ¿Cuáles son algunos de los supuestos tras los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen **primas**.
- Los costos de atención a modo de ejemplo se basan en promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos para un área geográfica ni plan de salud en particular.
- La afección del paciente no era de un tipo excluido o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos de otro miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del propio bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la afección del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido mayores.

## ¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo pueden sumarse los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También sirve para ver qué gastos podría tener que pagar usted, porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago está limitado.

## ¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de cobertura?

✘ **No.** Los tratamientos que se muestran son ejemplos solamente. El cuidado que usted recibiría por esta afección sería diferente basado en los consejos de su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

## ¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura no son indicadores para estimar el costo. No use estos ejemplos para calcular sus costos para una afección real. Son para fines comparativos exclusivamente. Sus propios costos serán diferentes dependiendo del cuidado que reciba, los precios que cobren sus **proveedores**, y el reembolso que permita su plan de salud.

## ¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando mire el Resumen de beneficios y la cobertura para otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, verifique el casillero que dice "El Paciente Paga" en cada ejemplo. Cuanto menor es la cantidad, mayor es la cobertura que el plan proporciona.

## ¿Hay otros costos que debería considerar cuando compare planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que paga. Generalmente, cuanto menor es su **prima**, mayores serán sus gastos del propio bolsillo, tales como **copagos**, **deducibles**, y **coseguro**. También debe considerar contribuciones a cuentas tales como cuentas de ahorro de salud (HSA), acuerdos de gastos flexibles (FSA) o cuentas de reembolso de salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos del propio bolsillo.