




El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC le muestra cómo el [plan](#) y usted compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.mountainhealth.coop o llame al 800-299-6080. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.healthcare.gov/glossary o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante esto: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el deducible general? | Proveedor de la red: \$1,500 por persona o \$3,000 por familia Proveedor fuera de la red: \$21,000 por persona o \$42,000 por familia | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva y primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible . | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted cumpla con su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existen otros deducibles para servicios específicos? | No | Usted no tiene que pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Proveedor de la red: \$7,000 por persona o \$14,000 por familia Proveedor fuera de la red: \$36,800 por persona o \$73,600 por familia | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , estos deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite general de gastos de bolsillo de la familia. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Copagos por ciertos servicios, primas , cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante esto: |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red ? | Sí. Consulte www.mountainhealth.coop/fin-d-a-doctor o llame al 1-800-299-6080 para obtener una lista de proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor que forme parte de la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor cobrando la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una derivación para ver a un especialista ? | No | Puede ver al especialista que elija sin necesidad de una derivación . |

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Copago de \$30 por visita, no se aplica deducible . | 50 % de coseguro | Ninguno |
| | Visita con especialista | Copago de \$50 por visita, no se aplica deducible . | 50 % de coseguro | Ninguno |
| | Atención preventiva/detección /inmunización | Sin cargo | 50 % de coseguro | Se aplican limitaciones de frecuencia. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan . |
| Si le hacen una prueba | Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre) | 40 % de coseguro | 50 % de coseguro | *Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas) | 40 % de coseguro | 50 % de coseguro | |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.mountainhealth.coop/pharmacy . | Medicamentos genéricos | Venta minorista: copago de \$5 por receta, no se aplica deducible Pedido por correo: copago de \$10/receta, no se aplica deducible | 50 % de coseguro | Cubre hasta un suministro de 30 días (suscripción minorista); suministro de 30 a 90 días (receta por correo). |
| | Medicamentos de marca preferida | Venta minorista: copago de \$45 por receta , no se aplica deducible Pedido por correo: copago de \$90 por receta, no se aplica deducible | 50 % de coseguro | Cubre hasta un suministro de 30 días (suscripción minorista); suministro de 30 a 90 días (receta por correo). Si elige un medicamento de nivel superior cuando hay disponible un medicamento de nivel inferior, debe pagar un cargo accesorio además del deducible , el copago o el coseguro , según corresponda. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Venta minorista: copago de \$200 por receta, no se aplica deducible Pedido por correo: copago de \$400 por receta, no se aplica deducible | 50 % de coseguro | |
| | Medicamentos de especialidad | Copago de \$250 por receta, no se aplica el deducible . | 50 % de coseguro | |
| Si se le hace una cirugía ambulatoria | Tarifa de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | *Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Honorarios de médicos/cirujanos | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en sala de emergencias | 40 % de coseguro | 50 % de coseguro | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 40 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| | Atención de urgencia | Copago de \$75 por visita, no se aplica el deducible | 50 % de coseguro | |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o documento de política en www.mountainhealth.coop/plans/.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad) | |
| Si tiene una internación | Tarifa de uso de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital) | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | *Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Honorarios de médicos/cirujanos | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o trastornos por consumo de sustancias | Servicios ambulatorios | Consultorio: Primera visita \$0, copago de \$30 por visita, no se aplica deducible Otros: 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | *Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Copago de \$30 por visita, no se aplica el deducible | 50 % de coseguro | *Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| | Servicios de instalaciones relacionadas con el parto | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | Cuidado de salud en el hogar | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | *Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Servicios de rehabilitación | Paciente ambulatorio: copago de \$50 por visita, no se aplica el deducible . Otros: 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | * Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Servicios de habilitación | Paciente ambulatorio: copago de \$50 por visita, no se aplica el deducible . Otros: 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | *Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Atención de enfermería especializada | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o documento de política en www.mountainhealth.coop/plans/.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad) | |
| | Equipo médico duradero | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | *Puede ser necesaria una autorización previa . Consulte el documento de la póliza para obtener más información. |
| | Servicios de cuidados paliativos | 30 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| Si su hijo necesita atención dental u ocular | Examen de la vista para niños | Sin cargo | 25 % de coseguro | La cobertura se limita a un examen por año para los menores de 19 años. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | 25 % de coseguro | La cobertura se limita a un par de anteojos por año para los menores de 19 años. |
| | Chequeo dental para niños | No cubierto | No cubierto | No cubierto |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Servicios que generalmente su plan NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de los demás servicios excluidos). | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto, excepto en caso de violación, incesto, o cuando la vida de la madre está en peligro • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental (niños) • Audífonos (adultos) • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica prolongada • Enfermería de servicio privado • Programas para la pérdida de peso | |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa; consulte el documento de su plan). | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura: hasta 12 visitas por año • Atención quiropráctica: hasta 20 visitas por año como máximo • Cirugía estética: solo si es médicamente necesario para ciertas cirugías reconstructivas • Atención dental (adultos): límite máximo de \$100 | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (niños): se requiere autorización previa para menores de 19 años, uno por oído cada tres años | <ul style="list-style-type: none"> • Atención ocular de rutina (adultos): límite máximo de \$60 • Atención de los pies de rutina proporcionada a un afiliado con diabetes | |

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Mountain Health Co-Op al 1-800-299-6080. Departamento de seguros Estatales al 1-800-721-3272 o en doi.idaho.gov. También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través de Your Health Idaho. Para obtener más información sobre Your Health Idaho, visite www.yourhealthidaho.org o llame al 855-944-3246.

Sus derechos de queja formal y apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa [reclamación médica](#). Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) por

cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: www.mountainhealth.coop o llame al 1-800-299-6080 o al Departamento de Seguros de Idaho al 1-800-721-3272 o visite www.doi.idaho.gov.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.

[La cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) que están disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima](#).

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito tributario](#) de prima que le ayude a pagar un [plan a través del Mercado](#).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Declaración de divulgación de PRA: Según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [costos](#) compartidos ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar según diferentes [planes de salud](#). Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario dentro de la red)

- [Deducible total del plan](#) \$1,500
- [Coseguro de especialista](#) \$45
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) 30 %
- Otros [coseguros](#) 30 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de [especialistas](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento.
 Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento.
[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- [Deducible total del plan](#) \$1,500
- [Coseguro de especialista](#) \$45
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) 30 %
- Otros [coseguros](#) 30 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Visitas al consultorio del médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre enfermedades)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Una fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- [Deducible total del plan](#) \$1,500
- [Coseguro de especialista](#) \$45
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) 30 %
- Otros [coseguros](#) 30 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en sala de emergencias](#) (incluidos suministros médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (rayos X)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|--------------------------------------|-----------------|
| Costo total de ejemplo | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | |
| <i>Gastos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$1,500 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$3,300 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$4,870 |

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| Costo total de ejemplo | \$5,600 |
| En este ejemplo, Joe pagaría: | |
| <i>Gastos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$900 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,420 |

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| Costo total de ejemplo | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Gastos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$1,500 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,100 |

En este EJEMPLO, el [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos.