




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](http://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](http://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 <a href="#">deducible</a> total?	<p><a href="#">Proveedor de red:</a> \$10,600/persona o \$21,200/familia</p> <p><a href="#">Proveedor fuera de la red:</a> \$21,000 /persona o \$42,000 /familia</p>	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible familiar general</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de atención <a href="#">preventiva</a> y primaria están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicarse un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<p><a href="#">Proveedor de red:</a> \$10,600/persona o \$21,200/familia</p> <p><a href="#">Proveedor fuera de la red:</a> \$36,800 /persona o \$73,600 /familia</p>	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , estos deben cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite general de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Copagos</a> por ciertos servicios, <a href="#">primas</a> , cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

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

 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		
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Copago</a> de \$0 no se aplica el <a href="#">deducible</a> .	20 % de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Visita con <a href="#">especialista</a>	No se aplica el <a href="#">deducible</a> de \$120.	20 % de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Atención preventiva/detección</a> /inmunización	Sin cargo	20 % <a href="#">de coseguro</a>	Se aplican limitaciones de frecuencia. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
Si le hacen una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (rayos X, análisis de sangre)	<a href="#">Coseguro</a> de \$0	20 % de <a href="#">coseguro</a>	* <a href="#">Puede</a> ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	

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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Más información sobre la <a href="http://www.mountainhealth.coop/coverage/medications-prescribed">cobertura de medicamentos recetados</a> está disponible en <a href="http://www.mountainhealth.coop/pharmacy">www.mountainhealth.coop/pharmacy</a> .	Medicamentos genéricos	Venta minorista: <a href="#">copago</a> de \$20 por receta, no se aplica <a href="#">deducible</a> Pedido por correo: <a href="#">copago</a> de \$40/receta, no se aplica <a href="#">deducible</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	Cubre hasta un suministro de 30 días (suscripción minorista); suministro de 30 a 90 días (receta por correo).
	Medicamentos de marca preferida	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	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 <a href="#">deducible</a> , el <a href="#">copago</a> o el <a href="#">coseguro</a> , según corresponda.
	Medicamentos de marca no preferidos	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	Cubre hasta un suministro de 30 días (suscripción minorista); no se ofrece pedido por correo. <a href="#">Red de proveedores</a> limitada a farmacias seleccionadas.
<b>Si se le hace una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	* <a href="#">Puede</a> ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Honorarios de médicos/cirujanos	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$110 por visita, no se aplica <a href="#">deducible</a> .	30 % <a href="#">de coseguro</a>	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o documento de política en [www.mountainhealth.coop/plans/](http://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)	
<b>Si tiene una internación</b>	Tarifa de uso de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	* <a href="#">Puede</a> ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Honorarios de médicos/cirujanos	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o servicios relacionados con el abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	<a href="#">Copago</a> de \$0, no se aplica <a href="#">deducible</a> . Otros: 0 % <a href="#">de coseguro</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	* <a href="#">Puede</a> ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Servicios para pacientes hospitalizados	0 % <a href="#">de coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si usted está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<a href="#">Copago</a> de \$0 no se aplica el <a href="#">deducible</a> .	20 % de <a href="#">coseguro</a>	*Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un <a href="#">coseguro</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> . Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento.	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones relacionadas con el parto	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Cuidado de salud en el hogar</a>	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	* <a href="#">Puede</a> ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Paciente ambulatorio: <a href="#">copago</a> de \$120 por visita, no se aplica <a href="#">deducible</a> . Otros: 0 % <a href="#">de coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	* Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> . Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Paciente ambulatorio: <a href="#">copago</a> de \$120 por visita, no se aplica <a href="#">deducible</a> . Otros: 0 % <a href="#">de coseguro</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	* <a href="#">Puede</a> ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Otros: 0 % <a href="#">de coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	

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)	
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	* Puede ser necesaria una <a href="#">autorización previa</a> . Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	0 % de <a href="#">coseguro</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si su hijo necesita atención dental u ocular</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	25% de <a href="#">coseguro</a>	La cobertura se limita a un examen por año para los menores de 19 años.
	Anteojos para niños	Sin cargo	25% de <a href="#">coseguro</a>	La cobertura se limita a un par de gafas al año para los menores de 19 años.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

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

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

**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](http://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](http://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

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

cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: [www.mountainhealth.coop](http://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](http://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](#) \$9,000
- [Coseguro de especialista](#) \$120
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) 0 %
- [Otros coseguros](#) 0 %

**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*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Gastos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$9,000
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,500
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$10,560</b>

**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](#) \$9,000
- [Coseguro de especialista](#) \$120
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) 0 %
- [Otros coseguros](#) 0 %

**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*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Gastos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$900
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,620</b>

**Una fractura simple de Mia**

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

- [Deducible total del plan](#) \$9000
- [Coseguro de especialista](#) \$120
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) 0 %
- [Otros coseguros](#) 0 %

**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*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Gastos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,100
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,700</b>

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