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: $500 por persona o $1,000 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: $1,500 por persona o $3,000 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/find-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 $0 por visita, no se aplica deducible.	30 % de coseguro	Ninguno
	Visita con especialista	Copago de $40 por visita, no se aplica deducible.	30 % de coseguro	Ninguno
	Atención preventiva/detección/ inmunización	Sin cargo	30 % 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	40 % 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	40 % de coseguro	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Lo que pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
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 por receta, no se aplica deducible.	30 % 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.	30 % 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.	30 % de coseguro	
	Medicamentos de especialidad	Copago de $250 por receta, no se aplica deducible.	30 % de coseguro	Cubre hasta un suministro de 30 días (suscripción minorista); no se ofrece pedido por correo. Red de proveedores limitada a farmacias seleccionadas.
Si se le hace una cirugía ambulatoria	Tarifa de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	10% de coseguro	30 % de coseguro	*Puede ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Honorarios de médicos/cirujanos	10% de coseguro	30 % de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro	30 % 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 Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Lo que pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Atención de urgencia	Copago de $40 por visita, no se aplica deducible.	30 % de coseguro	
Si tiene una internación	Tarifa de uso de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	10% de coseguro	30 % de coseguro	*Puede ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Honorarios de médicos/cirujanos	10% de coseguro	30 % de coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o servicios relacionados con el abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio: copago de $0 por visita, no se aplica deducible. Otros: 10% de coseguro	30 % de coseguro	*Puede ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% de coseguro	30 % de coseguro	
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de $0 por visita, no se aplica deducible.	30 % 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	10% de coseguro	30 % de coseguro	
	Servicios de instalaciones relacionadas con el parto	10% de coseguro	30 % de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de salud en el hogar	10% de coseguro	30 % 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 $40 por visita, no se aplica deducible. Otros: 10% de coseguro	30 % 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 $40 por visita,	30 % de coseguro	*Puede ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará: Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Lo que pagará: Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor cantidad)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		no se aplica deducible. Otros: 10% de coseguro		
	Atención de enfermería especializada	10% de coseguro	30 % de coseguro	*Puede ser necesaria una autorización previa. Consulte el documento de la póliza para obtener más información.
	Equipo médico duradero	10% de coseguro	30 % de coseguro	
	Servicios de cuidados paliativos	10% de coseguro	30 % 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).

- Aborto, excepto en caso de violación, incesto, o cuando la vida de la madre está en peligro
- Cirugía bariátrica
- Cuidado dental (niños)
- Audífonos (adultos)
- 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).

- 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
- Audífonos (niños): se requiere autorización previa para menores de 19 años, uno por oído cada tres años
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos.
- 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** **$500**
- **Coseguro de especialista** **$45**
- **Coseguro hospitalario (instalación)** **10%**
- **Otros coseguros** **10%**

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)*

Costo total de ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Gastos compartidos	
Deducibles	$500
Copagos	$0
Coseguro	$1,000
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$1,560**

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** **$500**
- **Coseguro de especialista** **$45**
- **Coseguro hospitalario (instalación)** **10%**
- **Otros coseguros** **10%**

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)*

Costo total de ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Gastos compartidos	
Deducibles	$500
Copagos	$1,000
Coseguro	$20
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,540**

Una fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **Deducible total del plan** **$500**
- **Coseguro de especialista** **$45**
- **Coseguro hospitalario (instalación)** **10%**
- **Otros coseguros** **10%**

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	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Gastos compartidos	
Deducibles	$500
Copagos	$100
Coseguro	$200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$800**

En este EJEMPLO, el plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos.