El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: Se proporcionará por separado información sobre el costo de este plan (llamada la prima). Esta información es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de todos los términos de la cobertura, llame al 1-833-422-4690. Para definiciones generales de términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación de balance, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-833-422-4690 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la red: \$0 para individuos/ \$0 para familias. Fuera de la red: \$5,000 para individuos/ \$10,000 para familias	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada uno de los familiares debe cumplir su propio <u>deducible</u> individual hasta que los gastos totales por <u>deducible</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deducible</u> total para familias.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de que satisfaga su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha satisfecho el <u>deducible</u> , pero podría aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin costo compartido y antes de que cumpla su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	Sí. Dentro de la red: \$5,000 para individuos/\$10,000 para familias para cobertura de medicamentos recetados. No hay ningún otro deducible específico.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el <u>límite</u> de <u>gastos</u> <u>que paga de su bolsillo</u> en este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$10,600/\$21,200 Fuera de la red: \$21,200/\$42,400	El <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que satisfacer sus propios <u>límites</u> <u>de gastos que pagan de sus bolsillos</u> hasta satisfacer el <u>límite de gastos que se pagan del bolsillo</u> total para familias.
¿Qué se excluye del <u>límite</u> <u>de gastos que paga de su</u> <u>bolsillo</u> ?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Consulte www.jeffersonhealthplans.com/ individuals-families o llame al 1-833-422-4690 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (<u>facturación del balance</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para acudir a un especialista?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los costos de copagos y coseguros que aparecen en esta tabla implican que se ha satisfecho su deducible en el caso de que aplique un deducible.

		Lo que usted pagará		
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$55/visita	50% luego del deducible	El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <u>proveedores</u> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.
consultorio o a la clínica del proveedor de atención médica	Visita a <u>especialistas</u>	\$95/visita	50% luego del deducible	El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <u>proveedores</u> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.
atencion medica	Atención preventiva/pruebas de detección/ vacunas	Sin cargo.	50% luego del deducible	Pueden aplicarse cronogramas de frecuencia y por edad. Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que pagará su plan.
	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$65/visita (análisis de laboratorio). \$150/visita (radiografía).	50% luego del deducible	ninguno
Si se realiza una prueba	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (RM))	\$350/estudio de imágenes	50% luego del deducible	Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información	Medicamentos genéricos	Pedido por correo/farmacias minoristas (suministro para 1-30 días) \$10/surtido para el nivel 1, \$30/surtido para nivel 2. No aplica el deducible por	Sin cobertura.	Autorización previa, edad y límites de cantidad para algunos medicamentos; límites en el suministro de días en los pedidos por correo y farmacias minoristas. Consulte más detalles en su póliza. Los genéricos de bajo costo estarán disponibles a un costo reducido.

^{*} Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del <u>plan</u> o de la póliza en <u>www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families</u>.

Lo que uste		pagará		
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
sobre la <u>cobertura</u> de medicamentos		receta médica.		
recetados está disponible en [www.jeffersonhealth	Medicamentos de marca preferidos	\$100/surtido. No aplica el deducible por receta médica.	Sin cobertura.	
plans.com/individuals-families].	Medicamentos de marca no preferidos	Sujetos al <u>deducible</u> por receta médica y <u>coseguro</u> del 50%.	Sin cobertura.	
	Medicamentos especializados	Sujetos al <u>deducible</u> por receta médica y <u>coseguro</u> del 50%.	Sin cobertura.	
Si se realiza una cirugía para	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	\$500/visita	50% luego del deducible	Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.
pacientes externos	Honorarios de médicos y cirujanos	Sujetos al <u>coseguro</u> del 30%.	0% luego del deducible	Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.
	Atención médica en Sala de Emergencias	\$600/visita.	\$975/visita.	ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Transporte médico de emergencia	\$200/visita.	\$200/visita	ninguno
	Atención de urgencia	\$95/visita.	50% luego del deducible	Sus costos por recibir <u>atención de urgencia</u> se basan en la atención recibida en un centro o instalación de <u>atención de urgencia</u> designado.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	\$975/día. Máximo de 5 copagos/ hospitalización.	50% luego del deducible	Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Sujetos al <u>coseguro</u> del 30%.	50% luego del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, salud del	Servicios para pacientes ambulatorios	\$95/visita.	50% luego del deducible	
comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	\$975/día. Máximo de 5 copagos/hospitalización.	50% luego del deducible	

^{*} Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del <u>plan</u> o de la póliza en <u>www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families</u>.

		Lo que usted pagará			
Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
	Visitas al consultorio	\$95/visita.	50% luego del deducible	Dependiendo del tipo de servicio, podría aplicar un copago. La atención médica para la maternidad puede incluir las pruebas y los servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías).	
Si está embarazada	Servicios profesionales para trabajo departo/parto	Sujetos al <u>coseguro</u> del 30%.	50% luego del deducible		
	Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto	\$975/día. Máximo de 5 copagos/hospitalización.	50% luego del deducible		
	Atención médica a domicilio	Sujetos al <u>coseguro</u> del 50%.	50% luego del deducible	Limitada a 60 visitas por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.	
Si necesita ayuda	Servicios de rehabilitación	\$125/visita de terapia física y ocupacional, \$125/visita para terapia del habla.	50% luego del deducible	La terapia de rehabilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de rehabilitación y la terapia ocupacional de rehabilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios.	
para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	Servicios de habilitación	\$125/visita de terapia física y ocupacional, \$125/visita para terapia del habla.	50% luego del deducible	La terapia de habilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de habilitación y la terapia ocupacional de habilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios.	
	Atención de enfermería especializada	\$975/día. Máximo de 5 copagos/hospitalización	50% luego del deducible	Limitada a 120 días por período de beneficios. Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.	
	Equipo médico duradero	Sujetos al <u>coseguro</u> del 50%.	50% luego del deducible	Algunos artículos pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.	
	Servicios de hospicio	Sujetos al <u>coseguro</u> del 50%.	50% luego del deducible	ninguno	
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de los ojos en niños	\$0	50% luego del deducible	Una (1) visita de refracción por período de beneficios.	
	Anteojos para niños	\$0	50% luego del deducible	3 pares de anteojos (lentes/montura) o lentes de contacto por año calendario.	
	Revisión dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	

^{*} Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del <u>plan</u> o de la póliza en <u>www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families</u>.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> normalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para obtener más información y una lista de cualquier otro <u>servicio</u> excluido).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Revisión dental para niños
- Cirugía estética

- Atención odontológica (adultos)
- Audífonos
- Atención médica de larga duración
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Atención de enfermería privada
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)
- Atención de rutina de los pies
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

Atención quiropráctica

Aborto

• Tratamiento de la infertilidad (solo cubierto en caso de inseminación artificial)

Sus derechos de continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si quiere continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Seguro de Pensilvania. Podría también disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro de salud individual a través del Health Insurance Marketplace (Mercado de Seguros de Salud). Para obtener más información sobre el Marketplace (Mercado de Seguros de Salud), visite Pennie.gov o llame al 1-844-844-8040.

Sus derechos de reclamo y apelación: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo contra su <u>plan</u> por la denegación de una <u>reclamación</u>. Esta queja se llama <u>queja</u>o <u>apelación</u>. Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá para esa <u>reclamación</u> médica. Los documentos de su <u>plan</u> también ofrecen información completa sobre cómo presentar una <u>reclamación</u>, <u>apelación</u> o una <u>queja</u> por cualquier motivo a su <u>plan</u>. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir ayuda, comuníquese con el plan al 1-833-422-4690.

¿Ofrece este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La <u>cobertura esencial mínima</u> normalmente incluye los <u>planes</u>, el <u>seguro de salud</u> disponible a través del <u>Marketplace (Mercado de Seguros de Salud)</u> u otras políticas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y determinada otra cobertura. Si reúne los requisitos para determinados tipos de <u>cobertura esencial mínima</u>, es posible que no reúna los requisitos para el crédito fiscal para primas.

¿Cumple esta cobertura con las normas de valor mínimo? No corresponde

Si su <u>plan</u> no satisface las <u>normas de valor mínimo</u>, es posible que sea elegible para un <u>crédito fiscal para primas</u> para ayudarle a pagar un <u>plan</u> a través del <u>Marketplace</u> (<u>Mercados de Seguros de Salud</u>).

Servicios de acceso en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-422-4690.

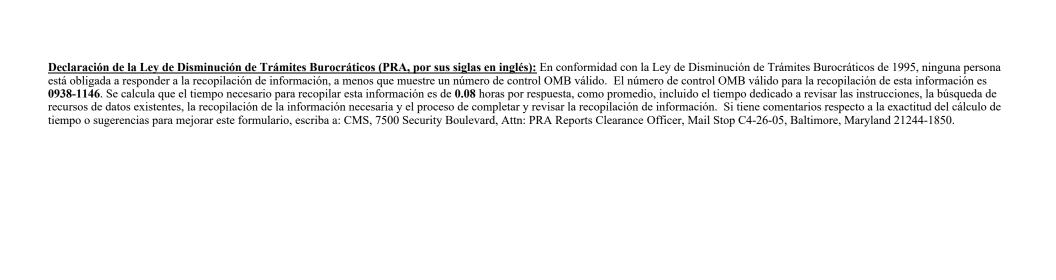
Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-422-4690.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-833-422-4690.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne'1-833-422-4690.

Para ver ejemplos de cómo este <u>plan</u> podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

^{*} Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families.



^{*} Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos mostrados son simplemente ejemplos de cómo este <u>plan</u> podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus <u>proveedores</u> cobran y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de <u>costos compartidos</u> (<u>deducibles</u>, <u>copagos</u> y <u>coseguro</u>) y <u>servicios excluidos</u> en virtud del <u>plan</u>. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes <u>planes</u> de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura para uno mismo.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital)

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$0
Copago por especialista	\$95
Copago hospital (instalaciones)	\$975
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorio del <u>especialista</u> (atención médica prenatal)

Servicios profesionales para trabajo de parto/parto Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto <u>Pruebas de diagnóstico</u> (ecografías y análisis de sangre)

Visita al especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700	
En este ejemplo, Peg pagaría:		
Costo compartido		
<u>Deducibles</u>	\$0	
Copagos	\$2,800	
Coseguro	\$400	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$60	
La cantidad total que Peg pagaría es	\$3,260	

Tratamiento de la diabetes de tipo 2 de Joe

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

■ El deducible total del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$95
Copago hospital (instalaciones)	\$975
■ Otro <u>coseguro</u>	50%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del <u>médico de atención</u> <u>primaria</u> (incluyendo educación sobre la enfermedad)

<u>Pruebas de diagnóstico</u> (análisis de sangre) <u>Medicamentos recetados</u>

Equipo médico duradero (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$0
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
La cantidad total que Joe pagaría es	\$1,620

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$0
■ Copago por especialista	\$95
Copago hospital (instalaciones)	\$600
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (incluidos suministros médicos)

Prueba de diagnóstico (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total del ejemplo	\$2,800	
En este ejemplo, Mia pagaría:		
Costo compartido		
<u>Deducibles</u>	\$0	
Copagos	\$1,500	
<u>Coseguro</u>	\$200	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$0	
La cantidad total que Mia pagaría es	\$1,100	