



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios para el cuidado de la salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite www.welcometouhc.com o llame al 1-800-782-3158. Para conocer definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-866-487-2365 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Red</u> y <u>red</u> designada: \$1,000 individual / \$2,000 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$7,500 individual / \$15,000 familiar Por año calendario.	Generalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. El <u>cuidado preventivo</u> y las categorías con un <u>copago</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Red</u> y <u>red</u> designada: \$8,150 individual / \$16,300 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$15,000 individual / \$30,000 familiar	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta haber alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , los servicios de cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre y las multas por no obtener una <u>preautorización</u> para los servicios.	Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán en cuenta para alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite www.welcometouhc.com o llame al 1-800-782-3158 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> designada. Pagará más si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> . Pagará aún más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</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 (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar a cualquier <u>especialista</u> sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se producen luego de haber alcanzado el **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red designada (Pagará el mínimo)	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de cuidado de la salud	Visita a un médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión	\$20 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguro</u> adicionales, por ej.: en cirugía. Visitas virtuales (Telesalud) - Sin cargo a un <u>proveedor de la red</u> designado para visitas virtuales. Sin cobertura fuera de la <u>red</u> virtual.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	\$80 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguro</u> adicionales, por ej.: en cirugía.
	<u>Servicios de cuidado preventivo/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cargo	* Sin cobertura	Incluye los servicios de salud preventivos que se especifican en la Ley de Reforma del Cuidado de la Salud. Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> . *Ciertos servicios están cubiertos cuando están fuera de la <u>red</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para determinados servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
	Imágenes (tomografía computarizada [CT]/por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red designada (Pagará el mínimo)	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite www.welcometouhc.com .	Nivel 1 - Su opción de costo más bajo	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$15 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$37.50 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$15 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$37.50 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$15 de <u>copago</u>	<p><u>Proveedor</u> significa farmacia a los fines de esta sección. Minorista: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia de pedidos por correo*: Un suministro de hasta 90 días o *suministro de 90 días en farmacia minorista de la <u>red</u> preferida. Si utiliza una farmacia fuera de la <u>red</u> (incluida una farmacia de pedidos por correo), podría ser responsable de cualquier cantidad que supere la <u>cantidad permitida</u>. El <u>copago</u> es por cada pedido de medicamentos con receta, hasta alcanzar el límite de días del suministro que se indica más arriba.</p> <p>Es posible que deba obtener determinados medicamentos, incluso ciertos <u>medicamentos especializados</u>, de una farmacia designada por nosotros. Es posible que determinados medicamentos necesiten una <u>preautorización</u>. Si no la obtiene, puede ser que deba pagar un costo mayor. Consulte el sitio web ya indicado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su <u>plan</u>. No todos los medicamentos tienen cobertura. Es posible que primero deba usar medicamentos de costo más bajo a fin de que pueda usar los beneficios de su póliza para determinados medicamentos recetados. Determinados medicamentos preventivos y los anticonceptivos del Nivel 1 se cubren sin cargo. Si un medicamento administrado tiene un medicamento químicamente equivalente, es posible que se aplique la diferencia de costo entre estos, además de cualquier <u>copago</u> o <u>coseguro</u> aplicable.</p>
	Nivel 2 - Su opción de costo medio	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$35 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$87.50 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$35 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$87.50 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$35 de <u>copago</u>	
	Nivel 3 - Su opción de costo medio	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$70 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$175 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$70 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$175 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$70 de <u>copago</u>	
	Nivel 4 - Opciones adicionales de costo alto	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$350 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$875 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$350 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$875 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Minorista: \$350 de <u>copago</u>	
Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro (por ej.: centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para determinados servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	\$20 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	\$20 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios además de una visita por <u>cuidado de urgencia</u> , es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguro</u> adicionales, por ej.: en cirugía.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red designada (Pagará el mínimo)	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ej.: la habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios para la salud mental, el comportamiento o para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	\$20 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>Hospitalización</u> parcial/tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios dentro de la <u>red</u> : 20% de <u>coseguro</u> Se requiere <u>preautorización</u> para determinados servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a determinados <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>deducibles</u> o un <u>coseguro</u> .
	Servicios profesionales por el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describan en otro lugar del Resumen de Beneficios y Cobertura (por ej.: ecografía).
	Servicios del centro por el parto	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	La <u>preautorización</u> para pacientes hospitalizados se aplica para servicios fuera de la <u>red</u> si la estadía excede las 48 horas (cesárea: 96 horas) o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales del cuidado de la salud	<u>Cuidado médico a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 364 visitas por año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
	<u>Servicios para la rehabilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita de paciente ambulatorio, no se aplica el <u>deducible</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita de paciente ambulatorio, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límites por año calendario: Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional: 20 visitas para cada una. Cuestiones cardíacas y terapias pulmonares: Visitas ilimitadas.
	<u>Servicios para la habilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita de paciente ambulatorio, no se aplica el <u>deducible</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita de paciente ambulatorio, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límites por año calendario: Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional: 20 visitas para cada una. Se aplica el costo compartido para servicios para pacientes ambulatorios únicamente. Se requiere <u>preautorización</u> para servicios para pacientes hospitalizados fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	La atención de enfermería especializada se limita a 100 días por año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para servicios fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red designada (Pagará el mínimo)	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
	<u>Equipo Médico Duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para <u>Equipo Médico Duradero</u> fuera de la <u>red</u> que supere los \$1,000, de otra manera no se cubre.
	<u>Cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para servicios fuera de la <u>red</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados paliativos o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de cuidado de la vista	Examen de la vista para niños	\$10 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	\$10 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Un examen cada 12 meses.
	Anteojos para niños	\$25 de <u>copago</u> por marco, no se aplica el <u>deducible</u>	\$25 de <u>copago</u> por marco, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Un par cada 12 meses. Los costos pueden aumentar de acuerdo con los marcos seleccionados. Puede elegir lentes de contacto en lugar de anteojos. El beneficio no cubre ambas opciones.
	Chequeo dental para niños	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Limpiezas cubiertas 2 veces cada 12 meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .)				
• Acupuntura	• Cirugía estética	• Cuidado dental (adultos)	• Cuidado a largo plazo	• Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
• Cuidado de los pies de rutina	• Programas de pérdida de peso			

Otros servicios cubiertos (las limitaciones pueden aplicarse a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> .)				
• Cirugía bariátrica	• Aparatos auditivos	• Tratamiento de la infertilidad - inseminación artificial únicamente	• Servicios de enfermería privada - Solo para pacientes hospitalizados	• Cuidado de la vista de rutina (adulto) - 1 examen/12 meses
• Manipulaciones de la columna vertebral - 20 visitas por año calendario				

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura luego de que esta termine. La información de contacto para estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con nosotros al 1-800-782-3158. Otras opciones para continuar la cobertura también están disponibles para usted, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra el plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo relacionado con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, puede llamarnos al 1-800-782-3158; o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform o con la División de Seguros de Colorado al 303-894-7490 o en www.dora.state.co.us/insurance.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá efectuar un pago cuando realice la declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito porque tiene cobertura de salud durante ese mes.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un crédito de impuesto sobre la prima para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso en diferentes idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-782-3158.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-782-3158.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-782-3158.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-782-3158.

—————*En la siguiente sección hay ejemplos de cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica.*—————

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este plan cubriría los cuidados médicos. Los costos reales serán diferentes, en función del cuidado que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos dentro del plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que puede pagar mediante distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$80
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este evento que sirve de **EJEMPLO** incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales por el parto
 Servicios del centro por el parto
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$30
Coseguro	\$1,800
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$2,890

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$80
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este evento que sirve de **EJEMPLO** incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
 Equipo Médico Duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es de	\$1,530

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$80
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este evento que sirve de **EJEMPLO** incluye servicios como los siguientes:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo Médico Duradero (*muletas*)
 Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$100
Coseguro	\$90
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$1,190

El plan será responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos que sirven de **EJEMPLO**

Apéndice A

Complemento del Formulario del Resumen de Beneficios y Cobertura para Colorado

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	UnitedHealthcare Insurance Company
NOMBRE DEL PLAN	Choice Plus BP9J /832
1. Tipo de Póliza	Póliza de grupo para pequeños empleadores
2. Tipo de Plan	Punto de servicio (POS)
3. Áreas de Colorado donde el plan está disponible	El plan está disponible solamente en las siguientes áreas: Adams, Alamosa Arapahoe, Archuleta, Bent, Boulder, Broomfield, Chafee, Clear Creek, Conejos, Costilla, Crowley, Custer, Delta, Denver, Dolores, Douglas, Eagle, El Paso, Elbert, Fremont, Garfield, Gilpin, Grand, Gunnison, Huerfano, Jefferson, Kiowa, Kit Carson, La Plata, Lake, Larimer, Las Animas, Lincoln, Logan, Mesa, Moffat, Montezuma, Montrose, Morgan, Otero, Ouray, Park, Phillips, Pitkin, Prowers, Pueblo, Rio Blanco, Rio Grande, Routt, Saguache, San Miguel, Sedgwick, Summit, Teller, Washington, Weld y Yuma.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LOS BENEFICIOS

Aviso importante: El contenido de este formulario está sujeto a las disposiciones de la póliza, que contiene todos los términos, cláusulas y condiciones de la cobertura. Proporciona información adicional destinada a complementar el Resumen de Beneficios de la cobertura que recibió para este plan. Este plan puede excluir la cobertura de ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no se indican específicamente. Consulte la póliza real para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura.

	Descripción
4. Tipo de Deducible Anual	INDIVIDUAL - La cantidad que debe alcanzar cada familiar antes de que se paguen los reclamos. Los reclamos no se pagarán por ninguna otra persona hasta que no se haya alcanzado su deducible individual o familiar. FAMILIAR - La cantidad máxima que la familia pagará por el año. El deducible familiar puede ser alcanzado por 2 o más personas.
5. Máximo de Gastos de Su Bolsillo	INDIVIDUAL - La cantidad que cada familiar debe alcanzar antes de que se paguen los reclamos al 100%. Los reclamos no se pagarán al 100% por ninguna persona hasta haber alcanzado el máximo individual y familiar de gastos de su bolsillo. FAMILIAR - La cantidad máxima que la familia pagará por el año. El máximo familiar de gastos de su bolsillo puede ser alcanzado por 2 o más personas.
6. ¿Cuáles son los gastos que cuentan para el Máximo de Gastos de Su Bolsillo Dentro de la Red?	Copagos y deducibles
7. ¿Los servicios pediátricos dentales están cubiertos por este plan? ¿Máximo?	Sí, los servicios pediátricos dentales están sujetos al deducible médico y a los gastos de su bolsillo
8. ¿Qué exámenes de detección de cáncer están cubiertos?	Examen de detección de cáncer de seno - prueba de detección de cáncer del cuello uterino - examen de detección de cáncer colorrectal - examen de detección de cáncer de próstata.

USO DEL PLAN

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
9. Si el proveedor cobra más por un servicio cubierto que la cantidad que generalmente paga el plan, ¿el miembro debe pagar la diferencia?	No	Sí
10. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje obligatorio y definitivo?	No	

Preguntas: Llame al 1-800-516-3344 o visítenos en www.UnitedHealthcare.com.

Si no está satisfecho con la resolución de su queja o queja formal, comuníquese con:

Colorado Division of Insurance
Consumer Affairs Section
1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
Llame al: 303-894-7490 (dentro del estado, llame gratis al: 800-930-3745)
Correo electrónico: insurance@dora.state.co.us

Servicios de Acceso en Diferentes Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-782-3158

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-782-3158

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-782-3158

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-782-3158

You have the right to get help and information in your language at no cost. To request an interpreter, call the toll free-member phone number listed on your health plan ID card, press 0. TTY711

Esta carta también está disponible en otros formatos como letra grande. Para solicitar un documento en otro formato, llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de ID del plan de salud, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

1	Spanish	Tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo. Para solicitar un intérprete, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud y presione 0. TTY 711
2	Vietnamese	Quý vị có quyền được giúp đỡ và cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để yêu cầu được thông dịch viên giúp đỡ, vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên được nêu trên thẻ ID chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, bấm số 0. TTY 711
3	Chinese	您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥打您健保計劃會員卡上的免付費會員電話號碼，再按 0。聽力語言殘障服務專線 711
4	Korean	귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사를 요청하기 위해서는 귀하의 플랜 ID카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 전화하여 0번을 누르십시오. TTY 711
5	Russian	Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы подать запрос переводчика позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты и нажмите 0. Линия TTY 711
6	Amharic	ያለ ምን ምክንያት በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አለችሁ። አስተርጓሚ እንዲቀርብልዎ ከፈለጉ በጤና ፕላን መታወቂያዎት ላይ በለውበተጻ መስመር ስልክ ቁጥር ይደውሉና 0ን ይጫኑ። TTY 711
7	Arabic	لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون تحمل أي تكلفة. لطلب مترجم فوري، اتصل برقم الهاتف المجاني الخاص بالأعضاء المدرج ببطاقة معرف العضوية الخاصة بخطتك الصحية، واضغط على 0. الهاتف النصي (TTY) 711
8	German	Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um einen Dolmetscher anzufordern, rufen Sie die gebührenfreie Nummer auf Ihrer Krankenversicherungskarte an und drücken Sie die 0. TTY 711
9	French	Vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des renseignements dans votre langue. Pour demander à parler à un interprète, appelez le numéro de téléphone sans frais figurant sur votre carte d'affilié du régime de soins de santé et appuyez sur la touche 0. ATS 711.

10	Nepali	तपाईंले आफ्नो भाषामा निःशुल्क सहयोग र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार तपाईंसँग छ। अनुवादक प्राप्त गरीपाऊँ भनी अनुरोध गर्न, तपाईंको स्वास्थ्य योजना परिचय कार्डमा सूचीकृत टोल-फ्री सदस्य फोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस्, 0 थिच्नुहोस्। TTY 711
11	Tagalog	May karapatan kang makatanggap ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang humiling ng tagasalin, tawagan ang toll-free na numero ng telepono na nakalagay sa iyong ID card ng planong pangkalusugan, pindutin ang 0. TTY 711
12	Japanese	ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳をご希望の場合は、医療プランのIDカードに記載されているメンバー用のフリーダイヤルまでお電話の上、0を押してください。TTY専用番号は711です。
13	Cushite	Kaffaltii male afaan keessaniin odeeffannoofi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Turjumaana gaafachuufis sarara bilbilaa kan bilisaa waraqaa eenyummaa karoorra fayyaa keerratti tarreefame bilbiluun, 0 tuqi. TTY 711
14	Persian	شما حق دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. برای درخواست مترجم شفاهی با شماره تلفن رایگان قید شده در کارت شناسایی برنامه بهداشتی خود تماس حاصل نموده و 0 را فشار دهید. TTY 711
15	Kru	Ni gwe kunde I bat mahola ni mawin u hop nan nipehmes be to dolla. Yu kwel ni Kobol mahop seblana, soho ni sebel numba I ni tehe mu I ticket I docta I nan, bep 0. TTY 711
16	Ibo	Inwere ikike inweta enyemaka nakwa j̄m̄ṣ̄ṣ̄ ḡj̄ n'efu n'akwugh̄j̄ ṣ̄gw̄ṣ̄. Maka j̄kp̄ṣ̄ṣ̄r̄ṣ̄ onye ns̄ṣ̄ghar̄j̄ okwu, kp̄ṣ̄ṣ̄ akara ekwent̄j̄ nke d̄j̄ n̄ákw̄ṣ̄kw̄ṣ̄ njirimara ḡj̄ nke emere maka ah̄ṣ̄ike ḡj̄, p̄ja 0. TTY 711.
17	Yoruba	O ní ẹ̀tọ̀ lati rí iranwọ̀ àti ìfítónilétí gbà ní èdè rẹ̀ láisanwọ̀. Láti bá ògbufo kan sọrọ̀, pè sọrí nọmbà ẹ̀rọ̀ ibánisọrọ̀ láisanwọ̀ ibodè ti a tò sọri kádi idánimọ̀ ti ètò ilera rẹ̀, tẹ̀ '0'. TTY 711

We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

Online: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Mail: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again. If you need help with your complaint, please call the toll-free number listed within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Mail: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the number contained within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

XIN LUU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniłmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項 : **日本語 (Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (SBC، Summary of Benefits and Coverage) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóo Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodílnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).