

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Gravie Comfort \$6000 OOPM GX AETNA

Período de cobertura:

Cobertura: Individual, cónyuge y familiar

Tipo de plan: PPO

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC indica cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se la daremos por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.gravie.com/. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llame al 855.451.8365 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	Proveedores dentro de la red : \$6,000 individual/\$12,000 familiar. Proveedores fuera de la red : \$10,000 individual/\$20,000 familiar.	Consulte la tabla “Circunstancia médica común” de abajo para ver un resumen de la cobertura que da este plan . Para algunos servicios, es posible que se aplique un copago o un pago para los gastos de bolsillo.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva dentro de la red, las visitas en el consultorio (atención primaria y especializada), la atención en línea mediante el proveedor de servicios de telemedicina de Gravie, los análisis de laboratorio y los estudios de imágenes relacionados, las visitas de atención de urgencia y los medicamentos con receta genéricos están cubiertos sin costo. La parte sin costo solo se aplica a los análisis de laboratorio/imágenes relacionados con la visita al consultorio.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no alcanzó la cantidad del deducible . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Es posible que se aplique un copago/ coseguro a algunos servicios.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Proveedores dentro de la red : \$6,000 individual/\$12,000 familiar (\$7,900 por familiar). Proveedores fuera de la red : No corresponde. Para facilitar la consulta, en este documento se hará referencia al máximo de gastos de bolsillo como OOPM.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en este plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total. El OOPM dentro de la red es el mismo que el deducible. No hay límite de gastos de bolsillo para proveedores fuera de la red .
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, cargos de facturación de saldos 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:
¿Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte www.aetna.com/asa o llame al 855.451.8365 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el costo más alto si usa un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que el plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para que lo atienda un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) de este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si va al consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	El acceso a servicios de atención en línea de menor costo puede estar disponible con el proveedor de servicio de telemedicina de Gravie. La diálisis, la quimioterapia, la radiación y ciertos medicamentos inyectables no son gratis cuando se administran en un consultorio o una clínica. Para obtener más información, puede comunicarse con el Servicio al cliente de Gravie al 855.451.8365.
	Visita a un especialista	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	El acceso a servicios de atención en línea de menor costo puede estar disponible con el proveedor de servicio de telemedicina de Gravie. La diálisis, la quimioterapia, la radiación y ciertos medicamentos inyectables no son gratis cuando se administran en un consultorio o una clínica.
	Atención preventiva/ examen médico/ vacunas	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	Algunos medicamentos de venta libre (OTC) se pueden obtener con receta médica a nivel de cobertura preventiva.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	Consultorio/Clínica: Sin cargo. Hospital: Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Los servicios sin cargo se limitan a las pruebas realizadas en el consultorio o la clínica. El OOPM se aplica a las pruebas asociadas a una hospitalización . Se puede exigir autorización previa.
	Diagnóstico por imágenes (imágenes por tomografía computarizada (CT)/ tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	Consultorio/Clínica: Sin cargo. Hospital: Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Los servicios sin cargo se limitan a las pruebas realizadas en el consultorio o la clínica. El OOPM se aplica a las pruebas asociadas a una hospitalización . Se puede exigir autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición, puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta llamando al 855.451.8365	Medicamentos genéricos	Farmacia, suministro para 30 días. Sin cargo Farmacia, suministro para 90 días. Sin cargo Por correo, suministro para 90 días. Sin cargo	No está cubierto	Pedido en farmacia y por correo disponible para suministros para hasta 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia, suministro para 30 días: \$75 de copago Farmacia, suministro para 90 días: \$150 de copago Por correo, suministro para 90 días: \$150 de copago	No está cubierto	Pedido en farmacia y por correo disponible para suministros para hasta 90 días.
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia, suministro para 30 días: \$100 de copago Farmacia, suministro para 90 días: \$200 de copago Por correo, suministro para 90 días: \$200 de copago	No está cubierto	Pedido en farmacia y por correo disponible para suministros para hasta 90 días.
	Medicamentos especializados	Farmacia, suministro para 30 días: \$125 de copago Correo, suministro para 30 días: \$125 de copago	No está cubierto	Pedido en farmacia y por correo disponible para suministros para hasta 30 días.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa para algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios
	Tarifas del médico/ cirujano	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	\$250 de copago	\$250 de copago	Los servicios relacionados con una emergencia están cubiertos a nivel de la red.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo después de OOPM	Sin cargo después de OOPM	Los servicios relacionados con una emergencia están cubiertos a nivel de la red.
	Atención de urgencia	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si tiene una estancia en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa
	Tarifas del médico/ cirujano	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Consultorio/Clínica: Sin cargo. Hospital: Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	El acceso a servicios de atención en línea de menor costo puede estar disponible mediante el proveedor de servicio de telemedicina de Gravie
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa
Si usted está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar copagos , coseguros y deducibles .
	Servicios profesionales para el parto/ nacimiento	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/ nacimiento	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales médicas	Atención médica en casa	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Límite de 100 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Consultorio/Clínica: Sin cargo. Hospital: Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Se recomienda autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
	Servicios de habilitación	Consultorio/Clínica: Sin cargo. Hospital: Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Se recomienda autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	120 días por miembro por año. Se puede exigir autorización previa
	Equipo médico duradero	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Pueden aplicarse límites. Se puede exigir autorización previa.
	Servicios de hospicio	Sin cargo después de OOPM	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	Límite de 1 examen de rutina por año.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Controles dentales para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#), por lo general, NO cubre (lea la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|---|---|
| • Acupuntura | • Cirugía bariátrica | • Cirugía cosmética (a menos que se determine que es reparadora) |
| • Atención dental (adultos) | • Audífonos | • Atención de largo plazo |
| • Atención que no sea de emergencia cuando usted viaje fuera de los EE. UU. | • Atención de rutina de los pies (excepto determinadas condiciones) | • Programas para bajar de peso (excepto consejería/evaluación de obesidad preventiva) |

Otros servicios cubiertos (Puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| • Atención quiropráctica | • Tratamiento por infertilidad | • Enfermería privada (solo para pacientes hospitalizados) |
| • Atención de rutina de la vista (adultos) | | |

Su derecho a mantener la cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de la agencia es: Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al 1.866.444.EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1.800.318.2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación:

Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también dan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con el Servicio al cliente de Gravie al 855.451.8365 o con la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo al 1.866.444.EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), un [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado de seguros](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), puede que no sea elegible para recibir el [crédito fiscal por las primas](#).

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple el [estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal por las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado de seguros](#).

Servicios de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 763.847.4477 / 800.997.1750]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 763.847.4477 / 800.997.1750]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助 763.847.4477 / 800.997.1750]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 763.847.4477 / 800.997.1750]

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

Información sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Copago del especialista	\$0
■ Coseguro de hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
Servicios profesionales para el parto/nacimiento
Servicios del centro para el parto/nacimiento
[Pruebas diagnósticas](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)
Visita a un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$6,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red por una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Copago del especialista	\$0
■ Coseguro de hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluyendo educación sobre enfermedades)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es	\$1,830

Fractura simple de Mia (visita en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Copago del especialista	\$0
■ Copago de hospital (centro)	\$250
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Servicios en la sala de emergencias](#) (incluyendo suministros médicos)
[Pruebas diagnósticas](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,200
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,500

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.