

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Gravie Copago \$1,600 Ded/\$6,000 OOPM (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 : \$1,600 individual/\$3,200 familiar (\$1,600 por familiar). El deducible por familia dentro de la red está incorporado. Proveedores fuera de la red : \$10,000 individual/\$20,000 familiar.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible pagada por todos los familiares alcance el deducible total por familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que usted alcance su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del deducible . Sin embargo, puede aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿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 (\$6,000 por familiar). Los gastos de bolsillo por familia dentro de la red están incorporados. Proveedores fuera de la red : No corresponde.	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. 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 .
¿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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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	\$30 de copago por visita (no se aplica el deducible)	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.
	Visita a un especialista	\$30 de copago por visita (no se aplica el deducible)	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Atención preventiva/ examen médico/ vacunas	Sin cargo (no se aplica el deducible)	50% de coseguro después del deducible	Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará. Algunos medicamentos de venta libre (OTC) se pueden obtener con receta médica a nivel de cobertura preventiva.
Si se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (imágenes por tomografía computarizada (CT)/ tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna

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 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: \$10 de copago Farmacia, suministro para 90 días: \$20 de copago Por correo, suministro para 90 días: \$20 de copago	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: \$50 de copago Farmacia, suministro para 90 días: \$100 de copago Por correo, suministro para 90 días: \$100 de copago	No está cubierto	Pedido en farmacia y por correo disponible para suministros para hasta 90 días.
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia y pedidos por correo: 50% de coseguro después del deducible	No está cubierto	Pedido en farmacia y por correo disponible para suministros para hasta 90 días.
	Medicamentos especializados	Farmacia y pedidos por correo: 50% de coseguro después del deducible	No está cubierto	Pedido en farmacia y por correo disponible para suministros para hasta 30 días.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	\$500 de copago por visita (no se aplica el deducible)	\$500 de copago por visita (no se aplica el deducible)	Los servicios relacionados con una emergencia están cubiertos a nivel de la red.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	Los servicios relacionados con una emergencia están cubiertos a nivel de la red. Se recomienda autorización previa para ambulancia que no sea de emergencia.
	Atención de urgencia	\$75 de copago por visita (no se aplica el deducible)	50% de coseguro después del deducible	Ninguna

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 tiene una estancia en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de copago por visita (no se aplica el deducible)	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	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa
Si usted está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo (no se aplica el deducible)	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 . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se puede exigir autorización previa
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales médicas	Atención médica en casa	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Límite de 100 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se recomienda autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
	Servicios de habilitación	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se recomienda autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	120 días por miembro por año. Se puede exigir autorización previa.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Pueden aplicarse límites.
	Servicios de hospicio	20% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna

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 su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo (no se aplica el deducible)	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 | • 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	\$1,600
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$1,600
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,060

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	\$1,600
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$900
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es	\$1,430

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

■ El deducible general del plan	\$1,600
■ Copago del especialista	\$50
■ Copago de hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	\$500

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	\$1,600
Copagos	\$500
Coseguro	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,120

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