

Briggs & Stratton, LLC: Basic EPO Plan



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al (800) 659-7902 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$4,000/por una persona o \$8,000/por familia para proveedores dentro de la red . | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. Atención primaria. Visita al especialista . Atención preventiva . Atención de la visión. Para obtener más información, consulte a continuación. | Este plan cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin distribución de costos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No es necesario alcanzar los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos de bolsillo de este plan ? | \$8,000/por una persona o \$16,000/por familia para proveedores dentro de la red . | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan , estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | Primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que no cubra este plan . | Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo . |

| | | |
|---|---|--|
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ? | Sí, consulte www.anthem.com o llame al (800) 659-7902 para obtener un listado de proveedores de la red . Los costos pueden variar según el centro de servicios y cómo facture el proveedor. | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenece a la red del plan . Pagará el monto más alto si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | No. | Puede consultar al especialista que usted desee sin necesidad de una referencia . |

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$40/visita; no se aplica deducible | Sin cobertura | Beneficios de visitas virtuales (Telehealth) disponibles. |
| | Visita al especialista | \$60/visita; no se aplica deducible | Sin cobertura | Beneficios de visitas virtuales (Telehealth) disponibles. |
| | Atención preventiva/examen colectivo / vacuna | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su plan . |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre) | 20% de coseguro No se aplica deducible | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o | Medicamentos recetados para atención preventiva | Pagadero en su totalidad | Sin cobertura | Los beneficios de farmacia son proporcionados por ESI – www.express-scripts.com |
| | Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos | \$15 de copago | Sin cobertura | |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| afección | Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos /de marca | \$35 de copago | Sin cobertura | La venta minorista cubre hasta 30 días de suministro o 90 días de suministro si se usa una farmacia de la red; el pedido por correo cubre 90 días de suministro. |
| | Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos / medicamentos especializados | \$70 de copago | Sin cobertura | |
| | Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos) | Sin deducible, usted paga: \$250 de copago | Sin cobertura | Algunos medicamentos están sujetos a requisitos de terapia escalonada. Esto significa que, para recibir beneficios para dichos medicamentos, usted debe usar primero un medicamento diferente. Usted puede averiguar si un determinado medicamento está sujeto a terapia escalonada visitando el portal en línea de ESI. *Consulte la sección Medicamentos recetados en su Folleto de beneficios para obtener más detalles. |
| | Pedido por correo | \$45/\$105/\$210 de copago | Sin cobertura | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 40% de coseguro | Con cobertura como dentro de la red | -----ninguna----- |
| | Transporte médico de emergencia | 40% de coseguro | Con cobertura como dentro de la red | -----ninguna----- |
| | Atención de urgencia | \$50/visita; no se aplica deducible | Sin cobertura | Otros servicios relacionados con pruebas prestados durante la visita (pruebas de diagnóstico/estudios de diagnóstico por imágenes/etc.) Usted paga el 40% después del deducible. |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| | Honorarios del médico/cirujano | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | Visita al consultorio \$40 por visita; no se aplica deducible Otros servicios para pacientes ambulatorios 40% de coseguro | Sin cobertura | Visita al consultorio Beneficios de visitas virtuales (Telehealth) disponibles. Otros servicios para pacientes ambulatorios -----ninguna----- |
| | Servicios internos | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$40 de copago para la primera visita; no se aplica deducible , luego 40% de coseguro | Sin cobertura | Un copago por embarazo para las visitas al consultorio. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p. ej.: ecografías). |
| | Servicios de parto profesionales | 40% de coseguro | Sin cobertura | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 40% de coseguro | Sin cobertura | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| | Servicios de rehabilitación | 40% de coseguro | Sin cobertura | |
| | Servicios de habilitación | 40% de coseguro | Sin cobertura | Los costos pueden variar según el centro de atención. *Consulte la sección Servicios terapéuticos. |
| | Cuidado de enfermería especializada | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| | Equipo médico duradero | 40% de coseguro | Sin cobertura | *Consulte la sección Equipo médico duradero . |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | 40% de coseguro | Sin cobertura | -----ninguna----- |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista para niños | \$40/\$60 por visita; no se aplica deducible | Sin cobertura | Los exámenes de visión de rutina están cubiertos en el marco de la atención preventiva. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin cobertura | Sin cobertura | *Consulte la sección Servicios dentales. |

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente **NO** cubre (Consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Acupuntura
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Servicios de enfermería privada
- Cirugía bariátrica
- Chequeo dental
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención de rutina de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- Cirugía cosmética
- Anteojos para niños
- Atención a largo plazo
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Aborto
- Atención de los ojos de rutina (adultos)
- Atención quiropráctica
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Office of the Commissioner of Insurance, 125 South Webster Street, Madison, Wisconsin 53703-3474, (608) 266-3585, (800) 236-8517, (608) 266-3586, Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o comuníquese con Anthem al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

ATTN: Grievance and Appeals, P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), podría no ser elegible para el [crédito fiscal para las primas](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

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

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$4,000 |
| ■ Copago del especialista | \$60 |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 40% |
| ■ Otro coseguro | 20% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

| | |
|------------------------|----------|
| Costo total hipotético | \$12,700 |
|------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$4,000 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$3,100 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$70 |
| El total que Peg pagaría es | \$7,170 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$4,000 |
| ■ Copago del especialista | \$60 |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 40% |
| ■ Otro coseguro | 20% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico primario](#)

(*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)

[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos por recetas](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

| | |
|------------------------|---------|
| Costo total hipotético | \$5,600 |
|------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$20 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$4,300 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,720 |

Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$4,000 |
| ■ Copago del especialista | \$60 |
| ■ Coseguro del hospital (instalaciones) | 40% |
| ■ Otro coseguro | 20% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)

[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

| | |
|------------------------|---------|
| Costo total hipotético | \$2,800 |
|------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$20 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$10 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,330 |

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