

**Briggs & Stratton, LLC: High Deductible PPO**



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/](http://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 <a href="#">deducible</a> general?	<b>\$1,500</b> /por una persona o <b>\$3,000</b> /por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . <b>\$6,000</b> /por una persona o <b>\$12,000</b> /por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Atención primaria. Visita al <a href="#">especialista</a> . <a href="#">Atención preventiva</a> . Examen de la vista para niños. Para obtener más información, consulte a continuación.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos ítems y servicios, incluso si no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">distribución de costos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">máximo en gastos directos de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	<b>\$5,500</b> /por una persona o <b>\$11,000</b> /por familia para <a href="#">proveedores</a> dentro de la <a href="#">red</a> . <b>\$11,000</b> /por una persona o <b>\$22,000</b> /por familia para <a href="#">proveedores</a> fuera de la <a href="#">red</a> .	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> 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 <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos por <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que no cubra este <a href="#">plan</a> .	Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

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

 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 <a href="#">red</a> (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la <a href="#">red</a> (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25/visita; no se aplica <a href="#">deducible</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Beneficios de visitas virtuales (Telehealth) disponibles.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$60/visita; no se aplica <a href="#">deducible</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Beneficios de visitas virtuales (Telehealth) disponibles.
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica <a href="#">deducible</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos recetados de atención preventiva	Pagadero en su totalidad	Sin cobertura	Los beneficios de farmacia son proporcionados por ESI – <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>
	Nivel 1: Normalmente medicamentos genéricos	Copago de \$15	Sin cobertura	
	Nivel 2: Normalmente medicamentos preferidos/de marca	Copago de \$35	Sin cobertura	La venta minorista cubre hasta 30 días de suministro o 90 días de suministro si se usa una

\* 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)	
	Nivel 3: Normalmente medicamentos no preferidos /medicamentos especializados	Copago de \$70	Sin cobertura	<p>farmacia de la red; el pedido por correo cubre 90 días de suministro.</p> <p>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.</p> <p>*Consulte la sección Medicamentos recetados en su Folleto de beneficios para obtener más detalles.</p>
	Nivel 4: Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)	Sin deducible, usted paga: Copago de \$250	Sin cobertura	
	Pedido por correo	Copago de \$45/\$105/\$210	Sin cobertura	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Con cobertura como dentro de la <a href="#">red</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50/visita; no se aplica <a href="#">deducible</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o</b>	Servicios ambulatorios	<p>Visita al consultorio \$25 por visita; no se aplica <a href="#">deducible</a></p> <p>Otros servicios para pacientes</p>	<p>Visita al consultorio 40% de <a href="#">coseguro</a></p> <p>Otros servicios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Visita al consultorio</p> <p>Beneficios de visitas virtuales (Telehealth) disponibles.</p> <p>Otros servicios para pacientes</p>

\* 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)	
toxicomanías		ambulatorios 20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	ambulatorios -----ninguna-----
	Servicios internos	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$25 para la 1ra visita, no se aplica <a href="#">deducible</a> luego 20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Un <a href="#">copago</a> 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	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Los costos pueden variar según el centro de atención. *Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección <a href="#">Equipo médico duradero</a> .
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	\$25/\$60 por visita; no se aplica <a href="#">deducible</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	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](http://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](http://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](http://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](http://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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	\$25

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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,400
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$70
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,370</b>

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	\$25

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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$4,300
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,700</b>

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Copago del especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	\$25

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:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,910</b>

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