



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, contact the Fund Office at 1-800-458-8618 or via email at fund@ufcw1776funds.org. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ufcw1776benefitfunds.org or call 1-800-458-8618 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$250/individual or \$500/family for referred in-network providers ; \$625/individual or \$1,875/family for self-referred or out-of-network providers	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes , referred in-network preventive care, primary care, diagnostic tests and imaging, urgent care, emergency room services, physical and occupational therapy are covered before you meet your deductible	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	Yes, \$100/individual for out-of-network mental and behavioral health and substance abuse services. There are no other specific deductibles .	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$3,400/individual / \$6,800/family for referred in-network providers ; \$5,850/individual / \$11,700/family for self-referred or out-of-network providers. \$5,300/individual / \$10,600/family for prescription drugs.	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , out-of-network balance billing charges, health care this plan doesn't cover, and penalties for failure to obtain precertification for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .

Important Questions	Answers	Why This Matters:		
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.ibx.com/find_a_provider or call 1-800-ASK-BLUE for list of network providers.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's</u> network. You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of- network</u> provider for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.		
Do you need a referral to see a specialist ?	No	You can see the <u>specialist</u> you choose without a referral.		
 All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.				
Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 copay /visit	30% coinsurance	None
	Specialist visit	\$20 copay /visit	30% coinsurance	Referral is required for the plan to pay the most benefits.
	Preventive care/screening /immunization	No charge, deductible does not apply	30% coinsurance	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	\$20 copay /test (x-ray); No charge/test (blood work)	30% coinsurance	No copay when service is performed in the ER or doctor office setting.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$40 copay /test	30% coinsurance	Precertification is required.*
If you need drugs to treat your illness or condition	Generic drugs	Retail \$15 copay /prescription Mail order \$20 copay /prescription	- OptumRx Premium Formulary applies - Mandatory generic – if you purchase brand when generic is available, you pay the difference in cost plus the brand copay - Up to 34-day supply retail/up to 100 day supply mail order	
	Preferred brand drugs	Retail \$30 copay /prescription Mail order \$40 copay /prescription		

*20% reduction in benefits for failure to obtain precertification.

*For more formation about limitations and exceptions, see plan or policy document or call the Fund Office at 1-800-458-8618

Important Questions	Answers	Why This Matters:		
				- Some medications require quantity limits - Some medications require step therapy and/or prior authorization - RxDN is the mail order provider - BrivoRx is your exclusive specialty pharmacy for specialty drugs – call 1-855-427-4682
	Non-preferred brand drugs	Retail \$45 <u>copay</u> /prescription Mail order \$80 <u>copay</u> /prescription		
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 <u>copay</u>	30% <u>coinsurance</u>	Some outpatient surgeries require precertification.* See www.ibx.com/preapproval
	Physician/surgeon fees	No charge	30% <u>coinsurance</u>	Some outpatient surgeries require precertification.* See www.ibx.com/preapproval
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$100 <u>copay</u> /visit, deductible does not apply	\$100 <u>copay</u> /visit, deductible does not apply	Your copay is waived if you are admitted to the hospital.
	Emergency medical transportation	No charge	No charge	None
	Urgent care	\$70 <u>copay</u> /visit, deductible does not apply	30% <u>coinsurance</u>	Your costs are based on care received at a designated urgent care center or facility, not your physician's office.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 <u>copay</u> /day, maximum 5 <u>copays</u> /admission	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is required.* Out-of-network is limited to 70 days.
	Physician/surgeon fees	No charge	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is required.*
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$10 <u>copay</u> /visit, deductible does not apply	25% <u>coinsurance</u> after separate \$100 deductible	Administered by Mental Health Consultants – Call 215-343-8987
	Inpatient services	No charge, deductible does not apply	25% <u>coinsurance</u> after separate \$100 deductible	

*20% reduction in benefits for failure to obtain precertification.

*For more formation about limitations and exceptions, see plan or policy document or call the Fund Office at 1-800-458-8618

Important Questions	Answers		Why This Matters:	
If you are pregnant	Office visits	\$15 copay/visit	30% coinsurance	In-network copay is for first OB visit only.
	Childbirth/delivery professional services	No charge	30% coinsurance	Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound)
	Childbirth/delivery facility services	\$100 <u>copay/day</u> , maximum 5 <u>copays</u> /admission	30% <u>coinsurance</u>	Pre-notification is requested.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is required.*
	Rehabilitation services	Physical/Occupational Therapy/Cardiac/Pulmonary/ Speech/Orthoptic/Pleoptic: \$20 <u>copay/visit</u>	30% <u>coinsurance</u>	Speech therapy: 20 visits/year; Physical/Occupational therapy: 30 combined visits/year; Cardiac/Pulmonary rehab: 36 visits/year; Orthoptic/Pleoptic therapy: 8 session lifetime maximum. All visit limits are combined referred/self-referred.
	Habilitation services			
	Skilled nursing care	\$50 <u>copay/day</u> , maximum 5 <u>copays</u> /admission	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is required.* 120 days/year combined <u>in-</u> and <u>out-of-network</u> .
	Durable medical equipment	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification is required for selected items.* See www.ibx.com/preapproval
	Hospice services	No charge	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is required.*
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge	Not covered	One exam every 12 months. Administered by EyeMed. Call 1-866-800-5457
	Children's glasses	Covered	Not covered	
	Children's dental check-up	Covered (you must enroll)	Charges per schedule	Contact the Fund Office at 1-800-458-8618

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
- Acupuncture - Cosmetic Surgery - Hearing Aids	Infertility treatment (assisted fertilization techniques such as in-vitro fertilization, GIFT and ZIFT)	- Long-term care - Routine foot care

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
- Bariatric surgery - Chiropractic care	Non-emergency care when travelling outside the U.S. (see www.ibx.com)	Routine eye care (adults)

*20% reduction in benefits for failure to obtain precertification.

*For more formation about limitations and exceptions, see plan or policy document or call the Fund Office at 1-800-458-8618

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Dental care (adults)
- Private Duty Nursing
- Weight loss programs

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform and Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Fund Office at 1-800-458-8618 or Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-458-8618.

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

*20% reduction in benefits for failure to obtain precertification.

*For more information about limitations and exceptions, see plan or policy document or call the Fund Office at 1-800-458-8618

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist [cost sharing]	\$20
■ Hospital (facility) [cost sharing]	\$100/day
■ Other [cost sharing]	0%

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$250
Copayments	\$200
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$510

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist [cost sharing]	\$20
■ Hospital (facility) [cost sharing]	\$100/day
■ Other [cost sharing]	30%

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$250
Copayments	\$900
Coinsurance	\$200
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$1,370

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$250
■ Specialist [cost sharing]	\$20
■ Hospital (facility) [cost sharing]	\$100/day
■ Other [cost sharing]	30%

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$250
Copayments	\$400
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$650

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



10044949-2 Citterio Medical & Rx

Cobertura para Participante y dependientes elegibles | Tipo de plan: PPO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, la Oficina del Fondo en el 1-800-458-8618 o por correo electrónico: fund@ufcw1776funds.org. 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.ufcw1776benefifunds.org o llamar al 1-800-458-8618 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	USD 250/individual o USD 500/familia para proveedores de la red; USD 625/individual o USD 1875 familia para proveedores fuera de la red.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar tiene que cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de gastos deducibles pagados por toda la familia llegue al deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, los servicios de sala de emergencia, la atención preventiva dentro de la red y los servicios de atención de urgencia están cubiertos antes de alcanzar su deducible	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, USD 100/individual por servicios de salud mental y de conducta o toxicomanía fuera de la red. No hay deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible , antes de que este plan comience a pagar estos servicios
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	USD 3400/individual o USD 6800 familiar para proveedores de la red; USD 5850/individual o USD 11700 familiar para proveedores fuera de la red. USD 5300/individual / USD 10600/familiar para medicamentos recetados.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que cumplir con su límite de gastos de bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, los cargos de facturación de saldo fuera de la red, la atención médica que este plan no cubre y multas por no	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	obtener precertificación de servicios.	
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte en: www.ibx.com/find_a_provider o llame al 1-800-ASK-BLUE por la lista proveedores de la red	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede 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 derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	USD 15 copago /visita	30% coseguro	Ninguno
	Consulta con un especialista	USD 20 copago /visita	30% coseguro	Ninguno
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo, no corresponde deducible	30% coseguro	Es posible que tenga que pagar servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe qué paga su plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	USD 20 copago /prueba (radiografía). No hay cargos/prueba, (análisis de sangre)	30% coseguro	No hay copago cuando el servicio se realiza en la sala de emergencias o en el consultorio médico.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por	USD 40 copago /prueba	30% coseguro	Se necesita precertificación.*

* 20% de reducción de beneficios por no precertificar los servicios fuera de red u otros prestadores de servicios Blue Card

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de política o llame a la Oficina del Fondo al 1-800-458-8618 **Página 2 de 7**

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	resonancia magnética)			
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.optumrx.com .	Medicamentos genéricos	En punto de venta USD 15 <u>copago/receta</u> Por correo USD 20 <u>copago/receta</u>		- Se aplica el vademécum OptumRx Premium Formulary - Genérico obligatorio: si compra marca cuando está disponible el genérico, paga la diferencia de costo más el copago de la marca - Suministro hasta 34 días en punto de venta/ hasta 100 días por correo - Algunos medicamentos tienen límites de cantidad - Algunos medicamentos requieren terapia escalonada y/o autorización previa - El proveedor de pedidos por correo es RxDN - BrivoRx es farmacia exclusiva para medicamentos de especialidad - llame al 1-855-427-4682
	Medicamentos de marca preferidos	En punto de venta USD 30 <u>copago/receta</u> Por correo USD 40 <u>copago/receta</u>		
	Medicamentos de marca no preferidos	En punto de venta USD 45 <u>copago/receta</u> Por correo USD 80 <u>copago/receta</u>		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	USD 50 <u>copago</u>	30% <u>coseguro</u>	Algunas cirugías ambulatorias requieren precertificación*. Consulte en www.ibx.com/preapproval
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	30% <u>coseguro</u>	Algunas cirugías ambulatorias requieren precertificación*. Consulte en www.ibx.com/preapproval
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	USD 100 <u>copago/visita</u> no se aplica <u>deducible</u>	USD 100 <u>copago/visita</u> , no se aplica <u>deducible</u>	No deja de aplicarse <u>copago</u> si ingresa al hospital.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Atención de urgencia	USD 70 <u>copago/visita</u> , no se aplica <u>deducible</u>	30% <u>coseguro</u>	Sus costos se basan en la atención recibida en un servicio o centro de atención de urgencia designado, no en el consultorio de su médico.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	USD 100 <u>copago/día</u> , máximo 5	30% <u>coseguro</u>	Se necesita precertificación.* Fuera de red se limita a 70 días.

* 20% de reducción de beneficios por no precertificar los servicios fuera de red u otros prestadores de servicios Blue Card

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de política o llame a la Oficina del Fondo al 1-800-458-8618 **Página 3 de 7**

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
		<u>copagos</u> /hospitalización		
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	30% <u>coseguro</u>	Se necesita precertificación.*
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	USD 10 <u>copago</u> /visita, no se aplica <u>deducible</u>	25% de coseguro después de USD 100 de <u>deducible</u> aparte	Administrado por Mental Health Consultants - Llame al 215-343-8987
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo, no corresponde <u>deducible</u>	25% de <u>coseguro</u> después de USD 100 de <u>deducible</u> aparte	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	USD 15 <u>copago</u> /visita	30% <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> dentro de la red es para la primera visita al obstetra solamente.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	30% <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del resumen SBC (por ejemplo ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	USD 100 <u>copago</u> /día, máximo 5 <u>copagos</u> /hospitalización	30% <u>coseguro</u>	Se requiere notificación previa.

* 20% de reducción de beneficios por no precertificar los servicios fuera de red u otros prestadores de servicios Blue Card

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de política o llame a la Oficina del Fondo al 1-800-458-8618 **Página 4 de 7**

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	30% <u>coseguro</u>	Se necesita precertificación.*
	Servicios de rehabilitación Servicios de habilitación	Fisioterapia /terapia ocupacional/cardíaca /pulmonar/logopedia/ ortopédica/pleóptica USD 20 <u>copago</u> /visita	30% <u>coseguro</u>	Logopedia 20 visitas/año. Fisioterapia/Terapia ocupacional 30 visitas en total/año; rehabilitación cardíaca/pulmonar 36 visitas/año. Terapia ortopédica/pleóptica: máximo 8 sesiones de por vida. Todos los límites de visitas totalizan las consultas dentro y fuera de la red.
	Atención de enfermería especializada	USD 50 <u>copago</u> /día, máximo 5 <u>copagos</u> /hospitalización	30% <u>coseguro</u>	Se necesita precertificación.* 120 días/año combinadas <u>dentro y fuera de la red</u> .
	Equipo médico duradero	30% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	En algunos puntos seleccionados se requiere precertificación.* Consulte en www.ibx.com/preapproval
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	30% <u>coseguro</u>	Se necesita precertificación.*
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Costo total; presentar para el reembolso programado	Un examen cada 12 meses. Administrado por EyeMed, vigencia 1/1/18. Llame al 1-866-800-5457 después de esa fecha.
	Anteojos para niños	Cubierto		
	Control dental para niños	Cubierto (debe inscribirse)	Pagado por horario	Contacte a la Oficina del Fondo: 1-800-458-8618.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).			
- Acupuntura - Cirugía cosmética - Audífonos	Tratamiento por infertilidad (técnicas defertilización asistida como la fertilización in vitro, GIFT y ZIFT)	- Tratamiento a largo plazo - Atención podológica de rutina	

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).			
- Cirugía bariátrica - Quiropraxia - Atención odontológica (adultos)	- Atención que no sea de emergencia cuando viajefuera de Estados Unidos (ver www.ibx.com) - Servicio privado de enfermería	- Control oftalmológico de rutina (adultos) - Programas de pérdida de peso	

* 20% de reducción de beneficios por no precertificar los servicios fuera de red u otros prestadores de servicios Blue Card

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de política o llame a la Oficina del Fondo al 1-800-458-8618 **Página 5 de 7**

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Si

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-458-8618]

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

* 20% de reducción de beneficios por no precertificar los servicios fuera de red u otros prestadores de servicios Blue Card

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de política o llame a la Oficina del Fondo al 1-800-458-8618 **Página 6 de 7**

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente 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](#) USD 250
- [Especialistas](#) [[costo compartido](#)] USD 20
- Hospital (establecimiento) [[costo compartido](#)] USD 100/día
- Otros [[costo compartido](#)] 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	USD 12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	USD 250
Copagos	USD 200
Coseguro	USD 0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	USD 60
El total que Peg pagaría es	USD 510

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) USD 250
- [Especialistas](#) [[costo compartido](#)] USD 20
- Hospital (establecimiento) [[costo compartido](#)] USD 100/día
- Otros [[costo compartido](#)] 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	USD 5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	USD 250
Copagos	USD 900
Coseguro	USD 200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	USD 20
El total que Joe pagaría es	USD 1370

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) USD 250
- [Especialistas](#) [[costo compartido](#)] USD 20
- Hospital (establecimiento) [[costo compartido](#)] USD 100
- Otros [[costo compartido](#)] 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	USD 2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	USD 250
Copagos	USD 400
Coseguro	USD 0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	USD 0
El total que Mia pagaría es	USD 650

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