

UFCW Health & Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania: Wise Foods

Coverage for: Individual and Family | Plan Type: HMO



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, call 1-844-260-8028 or visit www.GeisingerHealthPlan/UFCW1776WiseFood. 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.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-844-260-8028 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$350 individual/ \$700 family.	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. Preventive care and primary care services 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 www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	Medical: \$3,000 individual / \$6,000 family. Pharmacy: \$2,600 person / \$5,200 family.	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 limit s until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Copayments for certain services, premiums , balance billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.GeisingerHealthPlan/UFCW1776WiseFood.com or call 1-844-260-8028 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	No.	You can see the specialist 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
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating 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	\$20 copayment /visit Deductible does not apply.	Not covered	None.
	Specialist visit	\$20 copayment /visit	Not covered	None.
	Preventive care/screening /immunization	No charge Deductible does not apply.	Not covered	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)	10% coinsurance	Not covered	Diagnostic: None. Imaging: Precertification/prior authorization required.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$150 copayment	Not covered	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.GeisingerHealthPlan/UFCW1776WiseFood.com	Generic drugs (Tier 1)	\$10 copayment Deductible does not apply.	Not covered	Retail: Covers up to a 34-day supply. Mail order: 1 flat copay amount(s) depending on tier / 3 month supply; covers a 90-day supply. Precertification/prior authorization may be required.
	Preferred brand drugs (Tier 2)	\$20 copayment Deductible does not apply.	Not covered	
	Non-preferred brand drugs (Tier 3)	40% coinsurance (\$40 minimum, \$100 maximum) Deductible does not apply.	Not covered	
	Specialty drugs	10% coinsurance	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% coinsurance	Not covered	Precertification/prior authorization may be required.
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	Not covered	Precertification/prior authorization may be required.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$500 copayment /visit	\$500 copayment /visit	Emergency services : Copay waived if admitted to the hospital. \$250 of the \$500 copayment may be reimbursed via appeal for true emergencies. Emergency medical transportation : None. Urgent care : None.
	Emergency medical transportation	10% coinsurance	10% coinsurance	
	Urgent care	\$20 copayment /visit Deductible does not apply.	\$20 copayment /visit Deductible does not apply.	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% coinsurance	Not covered	Precertification/prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	Not covered	Precertification/prior authorization required
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 copayment /visit	Not covered	Outpatient Services: None. Inpatient Services: Precertification/prior authorization required.
	Inpatient services	10% coinsurance	Not covered	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Participating Provider (You will pay the least)	Non-Participating Provider (You will pay the most)	
If you are pregnant	Office visits	\$20 copayment / visit	Not covered	Pregnancy office visits: None. Cost sharing does not apply for preventive services. Maternity care may include tests and services as described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound). Depending on the type of services, a copayment, coinsurance or deductible may apply. Inpatient professional and facility services: Precertification/prior authorization required.
	Childbirth/delivery professional services	10% coinsurance	Not covered	
	Childbirth/delivery facility services	10% coinsurance	Not covered	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	10% coinsurance	Not covered	None.
	Rehabilitation services	\$20 copayment /visit	Not covered	Limited to 30 PT / OT days and 20 ST days of service / benefit period.
	Habilitation services	\$20 copayment /visit	Not covered	
	Skilled nursing care	10% coinsurance	Not covered	120 days/period of confinement/person
	Durable medical equipment	10% coinsurance	Not covered	None.
	Hospice services	10% coinsurance	Not covered	None.
	Children's eye exam	Covered	Covered	Administered by EyeMed. Call 1-866-800-5457 for more information.
If your child needs dental or eye care	Children's glasses	Covered	Covered	
	Children's dental check-up	Covered	Covered	Contact Fund office for more information.

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 | • Infertility Treatment | • Private-Duty Nursing |
| • Cosmetic Surgery | • Long-Term Care | • Routine Foot Care |
| • Hearing Aids | • Non-Emergency Care When Traveling Outside the U.S. | |

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

- | | | | | |
|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| • Bariatric Surgery | • Chiropractic Care | • Dental Care (Adult) | • Routine Eye Care (Adult) | • 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: The U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or the U.S. Department of Health and Human Services 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 you 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 Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444 EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or the Pennsylvania Insurance Department at 1-877-881-6388 or www.insurance.pa.gov/Consumers.

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 Minimum Value Standards? Yes.

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

Language Access Services:

To access our Language helpline, please call 1-800-447-4000.

—————To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.—————

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)		Managing Joe's type 2 Diabetes (a year of routine in-network care of a well-controlled condition)		Mia's Simple Fracture (in-network emergency room visit and follow up care)	
■ The plan's overall deductible	\$350	■ The plan's overall deductible	\$350	■ The plan's overall deductible	\$350
■ Specialist copayment	\$20	■ Specialist copayment	\$20	■ Specialist copayment	\$20
■ Hospital (facility) coinsurance	10%	■ Hospital (facility) coinsurance	10%	■ Hospital (facility) coinsurance	10%
■ Other coinsurance	10%	■ Other coinsurance	10%	■ Other coinsurance	10%
This EXAMPLE event includes services like: Specialist office visits (<i>prenatal care</i>) Childbirth/Delivery Professional Services Childbirth/Delivery Facility Services Diagnostic tests (<i>ultrasounds and blood work</i>) Specialist visit (<i>anesthesia</i>)		This EXAMPLE event includes services like: Primary care physician office visits (<i>including disease education</i>) Diagnostic tests (<i>blood work</i>) Prescription drugs Durable medical equipment (<i>glucose meter</i>)		This EXAMPLE event includes services like: Emergency room care (<i>including medical supplies</i>) Diagnostic test (<i>x-ray</i>) Durable medical equipment (<i>crutches</i>) Rehabilitation services (<i>physical therapy</i>)	
Total Example Cost	\$12,700	Total Example Cost	\$5,600	Total Example Cost	\$2,800
In this example, Peg would pay:		In this example, Joe would pay:		In this example, Mia would pay:	
<i>Cost Sharing</i>		<i>Cost Sharing</i>		<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$350	Deductibles	\$250	Deductibles	\$350
Copayments	\$200	Copayments	\$1,200	Copayments	\$600
Coinsurance	\$1,200	Coinsurance	\$0	Coinsurance	\$100
<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$1,750	The total Joe would pay is	\$1,560	The total Mia would pay is	\$1,050

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



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, se puede llamar al 1-844-260-8028 o visitar www.GeisingerHealthPlan/UFCW1776WiseFood. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-844-260-8028 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$350/individual o \$700/familiar.	Generalmente, usted tiene que pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto 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.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y atención primaria están cubiertos antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos conceptos y servicios, incluso antes de haber llegado al monto del deducible . Pero podría corresponder un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible . Se puede ver una lista de servicios preventivos en: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo de gastos de bolsillo de este plan ?	Médico \$3.000 individual / \$6.000 familiar. Farmacia \$2.600 persona/\$5.200 familiar.	El desembolso máximo es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que cumplir con el desembolso máximo de ellos hasta que se cumpla el desembolso máximo familiar.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Copagos para ciertos servicios, primas , cargos por facturación de saldo y atención que este plan no cubre	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el desembolso máximo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Se puede consultar www.GeisingerHealthPlan/UFCW1776WiseFood.com o llamar al 1-844-260-8028 para consultar una lista de proveedores de red.	Este plan usa un proveedor de la red . Pagará menos si acude un proveedor en la red del plan. Pagará más si acude a 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 de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver un especialista ?	No	Puede consultar con el especialista de su elección sin ser referido .

(DT - OMB control number: 1545-0047/Expiration Date: 12/31/2019)(DOL - OMB control number: 1210-0147/Expiration date: 5/31/2022)(HHS - OMB control number: 0938-1146/Expiration date: 10/31/2022)



Todos los costos de [copagos](#) y de [coseguro](#) que figuran en este cuadro son después de cumplir con su [deducible](#), si hay [deducible](#) aplicable.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará lo	Proveedor no participante (Usted pagará lo	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 copago /visita No corresponde deducible	No cubierto	Ninguna
	Visita a especialista	\$20 copago /visita	No cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes /vacunas	Sin cargo No corresponde deducible	No cubierto	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	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	10% de coseguro	No cubierto	Diagnóstico: Ninguna Estudios de imagen:
	Estudios de imagen (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$150 copago	No cubierto	Precertificación/autorización previa necesaria.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Se puede consultar más información sobre cobertura de medicamentos recetados en www.GeisingerHealthPlan/UFCW1776WiseFood.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	En puntos de venta: \$10 copago / Recetas Por correo: \$10 copago / receta No corresponde deducible	No cubierto	Cubre hasta 34 días de suministro. (receta para punto de venta) Cubre hasta 90 días de suministro.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	En puntos de venta: \$20 copago / receta Por correo: \$20 copago / receta. No corresponde deducible	No cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	40% coseguro (\$40 mínimo, \$100 máximo) No corresponde deducible	No cubierto	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.GeisingerHealthPlan/UFCW1776WiseFood.com	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	10% coseguro	No cubierto	Cubre hasta 34 días de suministro (receta para punto de venta). Pedido por correo cubre 90 días de suministro
Si se somete a una operación ambulatoria	Tarifa del servicio (ej. centro de cirugía ambulatoria)	10% coseguro	No cubierto	Precertificación/autorización previa puede ser necesaria
	Honorarios de médico/cirujano	10% coseguro	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$500 copago /visita	\$500 copago /visita	Servicios de emergencia : No se paga copago si es hospitalizado. \$250 de los \$500 de copago se pueden reembolsar con una apelación por verdaderas emergencias Transporte médico de emergencia : Ninguna Atención de urgencia : Ninguna
	Transporte médico de emergencia	10% coseguro	10% coseguro	
	Atención de urgencia	\$20 copago /visita. No corresponde deducible	\$20 copago /visita. No corresponde deducible	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% coseguro	No cubierto	Precertificación/autorización previa necesaria
	Honorarios del médico/cirujano	10% coseguro	No cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$20 copago /visita.	No cubierto	Servicio ambulatorio: Ninguno Servicio interno: Precertificación/autorización previa necesaria
	Servicios internos	10% coseguro	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20 copago /visita	No cubierto	Visita a consultorio por embarazo: Ninguna. Costo compartido no se aplica a servicios preventivos . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra
	Parto/Servicios profesionales de parto	10% coseguro	No cubierto	
	Parto/Servicios de	10% coseguro	No cubierto	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	instalaciones de parto			parte del resumen SBC (por ejemplo ecografía). Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago , coseguro , o deducible . Servicios profesionales e institucionales a pacientes hospitalizados: Precertificación/autorización previa necesaria
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	10% coseguro	No cubierto	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	\$20 copago /visita	No cubierto	Limitado a 30PT/OT días y 20 ST días de servicio/periodo de beneficios
	Servicios de habilitación	\$20 copago /visita	No cubierto	
	Cuidado de enfermería especializada	10% coseguro	No cubierto	120 días/periodos de confinamiento/persona
	Equipo médico duradero	10% coseguro	No cubierto	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	10% coseguro	No cubierto	Ninguna
Si su hijo o hija necesita servicios odontológicos u oftalmológicos	Examen pediátrico de la vista	Cubierto	Cubierto	Administrado por EyeMed.
	Anteojos para niños	Cubierto	Cubierto	Llame al 1-866-800-5457 por más información.
	Chequeo dental pediátrico	Cubierto	Cubierto	Contacte a la Oficina del Fondo por más información

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 • Cirugía cosmética • Audífonos	• Tratamiento por infertilidad • Tratamiento a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de Estados Unidos	• Servicio privado de enfermería • Atención podológica de rutina
--	---	---

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

• Cirugía bariátrica • Quiropraxia	• Programas de pérdida de peso	• Atención odontológica (adultos) • Control oftalmológico de rutina (adultos)
---	--	--

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: *Department of Labor's Employee Benefits Security Administration* (Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado, Departamento de Trabajo) 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform y *Department of Health and Human Service*, (Departamento de Salud y

Servicios Humanos) 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. 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.CuidadoDeSalud.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: *Department of Labor's Employee Benefits Security Administration* (Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado, Departamento de Trabajo) 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, o *Pennsylvania Insurance Department* (Departamento de Seguros de Pensilvania) 1-877-881-6388 o www.insurance.pa.gov/Consumers

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponibles en el [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otras coberturas. Si usted tiene derecho a otros tipos de [cobertura esencial mínima](#), puede no ser elegible para [crédito fiscal para 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](#).

Servicios lingüísticos: Para acceder a nuestra línea de ayuda lingüística, llame al 1-800-447-4000

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

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 otros factores. Preste atención a los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de costos que tendría que pagar con otros [planes](#). Tenga en cuenta 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	\$350
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (instalaciones) coseguro	10%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Parto/Servicios de parto profesionales
 Parto/Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	USD12700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD350
Copagos	USD200
Coseguro	USD1200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD0
El total que Peg pagaría es	USD1750

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	\$350
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (instalaciones) coseguro	10%
■ coseguro	0%

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	USD5600
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD350
Copagos	USD1200
Coseguro	USD10
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD0
El total que Joe pagaría es	USD1560

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$350
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (instalaciones) coseguro	10%
■ Otro coseguro	0%

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	USD2800
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD350
Copagos	USD600
Coseguro	USD100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD0
El total que Mia pagaría es	USD1050

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

Discrimination is against the law

Geisinger Health Plan, Geisinger Quality Options, Inc., and Geisinger Indemnity Insurance Company (Geisinger Health Plan) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity and sex stereotypes). Geisinger Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual orientation.

Geisinger Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - » Qualified sign language interpreters
 - » Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - » Qualified interpreters
 - » Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services or language assistance services, call Geisinger Health Plan at 800-447-4000 or TTY: 711.

If you believe that Geisinger Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual orientation, you can file a grievance with:

Civil Rights Grievance Coordinator
Geisinger Health Plan Appeals Department
100 N. Academy Ave., Danville, PA 17822-3220
Phone: 866-577-7733, TTY: 711
Fax: 570-271-7225
ghpcivilrights@thehealthplan.com

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, the civil rights grievance coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Phone: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-447-4000 or TTY: 711.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-447-4000 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-447-4000 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-447-4000 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-447-4000 (телетайп: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-447-4000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-447-4000 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-447-4000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-447-4000 (ATS: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-447-4000 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-447-4000 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-447-4000 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-447-4000 (TTY: 711)។

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-447-4000 (TTY: 711).