



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, go to [www.meritain.com](http://www.meritain.com). 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](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) or call Meritain Health, Inc. at (800) 925-2272 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this <u>plan</u> covers.
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u> ?	Yes. All services are covered before you meet a <u>deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply.
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u> ?	Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
Will you pay less if you use a <u>network provider</u> ?	Yes. See <a href="http://www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain">www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain</a> or call (800) 343-3140 for a list of <u>network providers</u> .	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 network</u> . 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 <u>plan</u> pays ( <u>balance billing</u> ). Be aware, your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .

 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)	
<b>If you visit a health care provider's office or clinic</b>	Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 <u>copay</u> /visit (office visit)/No Charge (all other services)	Not Covered	<u>Copay</u> applies to the physician office visit only, 1 <u>copay</u> for each visit. See below for more info regarding your cost for other services for participating <u>providers</u> . You will pay a \$5 <u>copay</u> ( <u>deductible</u> does not apply) if you receive consultation services through Teladoc.
	<u>Specialist</u> visit	\$15 <u>copay</u> /visit (office visit)/No Charge (all other services)	Not Covered	
	<u>Preventive care</u> / <u>screening</u> /immunization	\$15 <u>copay</u> /visit (office visits)/No Charge (all other services)	Not Covered	
<b>If you have a test</b>	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	\$35 <u>copay</u> /visit	Not Covered	For blood work, 1 <u>copay</u> per day per <u>provider</u> applies. For x-ray and <u>diagnostic testing</u> , <u>copay</u> applies per type of procedure.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$35 <u>copay</u> /visit/No Charge (US Imaging Program facilities)	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied. <u>Copay</u> applies per type of x-ray procedure.
<b>If you need drugs to treat your illness or condition</b> More information about <b>prescription drug coverage</b> is available at <a href="http://www.rxbenefits.com">www.rxbenefits.com</a>	Generic drugs	\$15 <u>copay</u> (retail)/\$14 <u>copay</u> (mail order)	Not Covered	Covers up to a 34-day supply (retail prescription); 90-day supply (mail order prescription). The <u>copay</u> applies per prescription. After the 1st \$5,000, you pay 50% <u>copay</u> for retail & mail order prescriptions. There is a \$10 <u>copay</u> for generic drugs filled through the pharmacies at Wal-Mart, Sam's Club or CVS. A brand name drug with a generic available is not covered.
	Brand drugs	\$20 <u>copay</u> (retail)/\$18 <u>copay</u> (mail order)	Not Covered	
	<u>Specialty drugs</u>	Paid the same as generic and brand name drugs	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)		
<b>If you have outpatient surgery</b>	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$60 <u>copay</u> /occurrence	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required unless performed in an office setting. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied. One <u>copay</u> per day per <u>provider</u> applies.	
	Physician/surgeon fees	\$60 <u>copay</u> /visit	Not Covered		
<b>If you need immediate medical attention</b>	<u>Emergency room care</u>	\$65 <u>copay</u> /visit ( <u>emergency services</u> ) /\$65 <u>copay</u> /visit, then 50% <u>coinsurance</u> (non- <u>emergency services</u> )	Not Covered	<u>Copay</u> applies per visit. Special provisions may apply for <u>emergency room services</u> rendered by a non-participating <u>provider</u> . Review your current <u>plan</u> document for further information.	
	<u>Emergency medical transportation</u>	No Charge (emergency services)/Not Covered (non-emergency services)	20% <u>coinsurance</u> (emergency services)/Not Covered (non-emergency services)		Air ambulance services by a Non-Participating Provider for an Emergency Medical Condition will be paid at the Participating Provider level of benefits.
	<u>Urgent care</u>	\$15 <u>copay</u> /visit	Not Covered		<u>Copay</u> applies per visit regardless of what services are rendered. If you have no choice of <u>providers</u> and/or there is no participating <u>provider</u> available within 50 miles, you pay 20% <u>coinsurance</u> for a non-participating <u>provider</u> .
<b>If you have a hospital stay</b>	Facility fee (e.g., hospital room)	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.	
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered		
<b>If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services</b>	Outpatient services	Not Covered	Not Covered	For mental health, services for attention deficit disorder & attention deficit hyperactivity disorder are covered for children under 19. This includes office visits, testing & medical management.	
	Inpatient services	Not Covered	Not Covered		Not Covered
<b>If you are pregnant</b>	Office visits	\$15 <u>copay</u> /visit	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required for inpatient hospital stays in excess of 48 hrs (vaginal delivery) or 96 hrs (c-section). If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.	
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered		
	Childbirth/delivery facility services	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission	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)	
<b>If you need help recovering or have other special health needs</b>	<u>Home health care</u>	No Charge	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
	<u>Rehabilitation services</u>	\$30 <u>copay</u> /visit	Not Covered	<u>Copay</u> applies per visit. Physical, occupational, speech & cardiac therapy limited to 30 visits per each type of therapy per year.
	<u>Habilitation services</u>	Not Covered	Not Covered	Not Covered
	<u>Skilled nursing care</u>	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission (inpatient)/\$30 <u>copay</u> /visit (outpatient)	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied. <u>Copay</u> applies per visit for outpatient services.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	Not Covered	<u>Preauthorization</u> required for any item in excess of \$1,500. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
	<u>Hospice services</u>	\$60 <u>copay</u> /per day, max \$500/admission	Not Covered	Bereavement counseling is not covered. <u>Preauthorization</u> required for inpatient services. If you don't get <u>preauthorization</u> , benefits could be denied.
<b>If your child needs dental or eye care</b>	Children's eye exam	Not Covered	Not Covered	Not Covered
	Children's glasses	Not Covered	Not Covered	Not Covered
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	Dental coverage is not provided under the medical plan.

**Excluded Services & Other Covered Services:**

<b>Services Your <u>Plan</u> Generally Does NOT Cover (Check your policy or <u>plan</u> document for more information and a list of any other <u>excluded services</u>.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuncture</li><li>• Ambulance transportation for non-emergency services</li><li>• Bariatric surgery</li><li>• Bereavement counseling</li><li>• Chiropractic care</li><li>• Cosmetic surgery</li><li>• Dental care (Adult &amp; Child)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emergency room services for non-emergency services</li><li>• Glasses (Adult &amp; Child)</li><li>• Habilitation services</li><li>• Hearing aids</li><li>• Infertility treatment</li><li>• Long-term care</li><li>• Mental health disorders</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Most coverage provided outside the United States. See <a href="http://www.meritain.com">www.meritain.com</a></li><li>• Routine eye care (Adult &amp; Child)</li><li>• Routine eye care (covered under stand alone vision plan)</li><li>• Routine foot care</li><li>• Substance use disorders</li><li>• Weight loss programs</li></ul>
<b>Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <u>plan</u> document.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Private-duty nursing</li></ul>		

**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 1-866-444-3272 or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) or Poly-America, L.P. at (972) 337-7429. 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](http://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 U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) or Poly-America, L.P. at (972) 337-7175.

Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the Texas Consumer Health Assistance Program, Texas Department of Insurance at (800) 252-3439.

**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:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-378-1179.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-378-1179.

*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)

- **The plan's overall deductible** \$0
- **Primary care physician copayment** \$15
- **Hospital (facility) copayment/day** \$60
- **Other coinsurance** 0%

This EXAMPLE event includes services like:

- Primary care physician visits (*prenatal care*)
- Childbirth/Delivery Professional Services
- Childbirth/Delivery Facility Services
- Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
- Specialist visit (*anesthesia*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$12,700</b>
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$700
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$760</b>

**Managing Joe's Type 2 Diabetes**  
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall deductible** \$0
- **Specialist copayment** \$15
- **Hospital (facility) coinsurance** 0%
- **Other coinsurance** 0%

This EXAMPLE event includes services like:

- Specialist office visits (*including disease education*)
- Diagnostic tests (*blood work*)
- Prescription drugs
- Durable medical equipment (*glucose meter*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$5,600</b>
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$700
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$720</b>

**Mia's Simple Fracture**  
(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall deductible** \$0
- **Specialist copayment** \$15
- **Hospital (facility) coinsurance** \$65
- **Other coinsurance** 0%

This EXAMPLE event includes services like:

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

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$2,800</b>
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:


<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$300
Coinsurance	\$50
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$350</b>

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

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, visite [www.meritain.com](http://www.meritain.com). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a Meritain Health, Inc. al (800) 925-2272 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain">www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain</a> o llame al (800) 343-3140.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



 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 participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 de <u>copago</u> /visita (consultorio)/Sin cargo (todos los demás servicios).	Sin cobertura.	El <u>copago</u> solo se aplica a las visitas en el consultorio del médico; 1 <u>copago</u> por cada visita. A continuación encontrará más información sobre el costo de otros servicios brindados por <u>proveedores</u> participantes. Si recibe servicios de consulta a través de Teladoc, paga \$5 de <u>copago</u> (no se aplica el <u>deducible</u> ).  Es posible que deba pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> . Para una colonoscopia, pagará un <u>copago</u> de \$60. El <u>copago</u> se paga en cada visita al consultorio. Para los análisis de sangre, pagará el <u>copago</u> cuando los servicios se brinden en un centro independiente o sean solicitados por su <u>proveedor</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita (consultorio)/Sin cargo (todos los demás servicios).	Sin cobertura.	
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita (consultorio)/Sin cargo (todos los demás servicios).	Sin cobertura.	
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$35 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Para los análisis de sangre, se aplica 1 <u>copago</u> por día por <u>proveedor</u> . Para los radiografías y los <u>exámenes de diagnóstico</u> , se aplica el <u>copago</u> según el tipo de procedimiento.  Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. El <u>copago</u> se aplica según el tipo de procedimiento con rayos X.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$35 de <u>copago</u> /visita o sin cargo (centros del programa US Imaging)	Sin cobertura.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta médica</u></b> en <a href="http://www.rxbenefits.com">www.rxbenefits.com</a>	Medicamentos genéricos	\$15 de <u>copago</u> (al por menor)/\$14 de <u>copago</u> (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de hasta 34 días (medicamentos con receta médica al por menor) y un suministro de 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo). El <u>copago</u> se aplica por receta médica. Después de los primeros \$5,000, usted paga el 50 % del <u>copago</u> para los medicamentos con receta al por menor y pedidos por correo. Hay un <u>copago</u> de \$10 para los medicamentos genéricos que se obtienen en las farmacias de Wal-Mart, Sam's Club o CVS. Los medicamentos de marca que tienen una versión genérica disponible no están cubiertos.
	Medicamentos de marca	\$20 de <u>copago</u> (al por menor)/\$18 de <u>copago</u> (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se pagan igual que los medicamentos genéricos y de marca.	Sin cobertura.	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$60 de <u>copago</u> /vez.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> , a menos que se realice en un consultorio. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica 1 <u>copago</u> por día por <u>proveedor</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	\$60 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$65 de <u>copago</u> /visita ( <u>servicios de emergencia</u> ); \$65 de <u>copago</u> /visita, luego <u>coseguro</u> del 50 % (servicios que no son de emergencia)	Sin cobertura.	Se aplica un <u>copago</u> por cada visita. Se pueden aplicar disposiciones especiales por los <u>servicios</u> brindados en la <u>Sala de Emergencias</u> por un <u>proveedor</u> no participante. Consulte su <u>plan</u> actual para obtener más información.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo (servicios de emergencia)/Sin cobertura (servicios que no son de emergencia).	Coseguro del 20 % (servicios de emergencia)/Sin cobertura (servicios que no son de emergencia).	Los servicios de ambulancia aérea brindados por un proveedor no participante para una afección médica de emergencia se pagarán al nivel de beneficios de los proveedores participantes.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	El <u>copago</u> se aplica por visita, independientemente de los servicios prestados. Si no puede elegir entre <u>proveedores</u> o no hay ningún <u>proveedor</u> participante disponible en un radio de 50 millas, pagará un <u>coseguro</u> del 20 % por los servicios brindados por un <u>proveedor</u> no participante.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Para la salud mental, los servicios para el trastorno por déficit de atención y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad están cubiertos para los menores de 19 años. Esto incluye visitas al consultorio, exámenes y tratamiento médico.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$15 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización.	Sin cobertura.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Se aplica un <u>copago</u> por cada visita. La fisioterapia, la rehabilitación cardíaca y las terapias ocupacional y del habla se limitan a 30 visitas por año para cada tipo de terapia.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización (pacientes hospitalizados); \$30 de <u>copago</u> /visita (pacientes ambulatorios).	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica un <u>copago</u> por visita para los servicios para pacientes ambulatorios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> para cualquier artículo cuyo valor supere los \$1,500. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	\$60 de <u>copago</u> /día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización.	Sin cobertura.	La terapia por duelo no está cubierta. Se requiere <u>autorización previa</u> para los servicios para pacientes hospitalizados. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No se brinda cobertura dental con el plan médico.

**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.
- Transporte en ambulancia para servicios que no son de emergencia.
- Cirugía bariátrica.
- Terapia por duelo.
- Cuidado quiropráctico.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Servicios en la Sala de Emergencias para servicios que no son de emergencia.
- Anteojos (adultos y niños).
- Servicios de habilitación.
- Audífonos.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Atención a largo plazo.
- Trastornos de la salud mental.
- La mayor parte de la cobertura brindada fuera de los Estados Unidos. Visite [www.meritain.com](http://www.meritain.com).
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Atención de rutina para la vista (cubierta con el plan independiente para la vista).
- Atención de rutina para los pies.
- Trastornos por el abuso de sustancias.
- Programas para la pérdida de peso.

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Enfermería particular.

**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: Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o bien Poly-America, L.P., (972) 337-7429. 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](http://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 la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272, o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); o bien comuníquese con Poly-America, L.P. al (972) 337-7175.

Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Contacto: Texas Consumer Health Assistance Program, Texas Department of Insurance, (800) 252-3439.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

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? Sí**

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 1-800-378-1179.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-378-1179.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

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 \$0
- Copago del médico de atención primaria \$15
- Copago del hospital (establecimiento)/día \$60
- Otro coseguro 0 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

- Visitas al médico de atención primaria (*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 \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$760</b>

**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 \$0
- Copago de especialista \$15
- Coseguro del hospital (establecimiento) 0 %
- Otro coseguro 0 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

- Visitas al consultorio del especialista (*incluye la educación sobre enfermedades*)
- Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
- Medicamentos con receta médica
- Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$720</b>

**Fractura simple de Mía**  
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Coseguro del hospital (establecimiento) \$65
- Otro coseguro 0 %

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 \$2,800**

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$50
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$350</b>