



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. 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 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 www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain 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> .

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
El total que Peg pagaría es	\$760

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
El total que Joe pagaría es	\$720

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
El total que Mía pagaría es	\$350

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.



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	\$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/screening/immunization</u>	\$15 <u>copay</u> /visit (office visits)/No Charge (all other services)	Not Covered	
If you have a test	<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. <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.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$35 <u>copay</u> /visit/No Charge (US Imaging Program facilities)	Not Covered	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.rxbenefits.com	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. <u>Specialty drugs</u> must be obtained from the specialty pharmacy <u>network</u> . 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	

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: Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, 1-866-444-3272, www.dol.gov/ebsa/healthreform, o 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 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 el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, 1-866-444-3272, www.dol.gov/ebsa/healthreform o Poly-America, L.P., (972) 337-7175.

Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor de Texas del Departamento de Seguros de Texas, al (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.

 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 have outpatient surgery	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	
If you need immediate medical attention	<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% coinsurance (emergency services)/Not Covered (non-emergency services)	
	<u>Urgent care</u>	\$15 <u>copay</u> /visit	Not Covered	
If you have a hospital stay	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	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	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	
If you are pregnant	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	

⚠ 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)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<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 visita. Las terapias física, ocupacional, del habla y cardíaca se limitan a 30 visitas por cada tipo de terapia por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$60 de <u>copago</u> /día, máximo de \$500/admisión (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 a 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 que 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, máximo de \$500/admisión.	Sin cobertura.	La terapia por duelo no tiene cobertura. Se requiere <u>autorización previa</u> para los servicios para pacientes hospitalizados. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	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 conforme al 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).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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). | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en la Sala de Emergencias que no son de emergencia. • Anteojos (adultos y niños). • Servicios de habilitación. • Audífonos. • Tratamiento para la infertilidad. • Atención a largo plazo. • Trastornos de salud mental. | <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de la cobertura brindada fuera de los EE. UU. Visite www.meritain.com. • Atención de rutina para la vista (adultos y niños). • Atención de rutina para la vista (con cobertura conforme a un plan de la vista independiente). • Atención de rutina para los pies. • Trastornos por 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.



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 need help recovering or have other special health needs	<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/hearing & 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.
If your child needs dental or eye care	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.

⚠ 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)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$60 de <u>copago</u> /cirugía.	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 un <u>copago</u> por día por <u>proveedor</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	\$60 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	
Si necesita atención médica inmediata	<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 50 % de <u>coseguro</u> (<u>servicios que no son de emergencia</u>).	Sin cobertura.	Se aplica un <u>copago</u> por visita. Pueden aplicarse disposiciones especiales para los <u>servicios en la Sala de Emergencias</u> brindados por un <u>proveedor</u> no participante. Consulte el documento de 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).	20 % de coseguro (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.
	<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 que se prestan. Si no tiene opciones de <u>proveedores</u> o no hay un <u>proveedor</u> participante disponible dentro de un rango de 50 millas, usted paga 20 % de <u>coseguro</u> por los servicios de un <u>proveedor</u> no participante.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$60 de <u>copago</u> /día, máximo de \$500/admisión.	Sin cobertura.	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Para la salud mental, se cubren los servicios por trastorno de déficit de atención y trastorno de hiperactividad con déficit de atención para menores de 19 años. Incluye visitas al consultorio, exámenes y administración médica.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Si está embarazada	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, máximo de \$500/admisión.	Sin cobertura.	

Excluded Services & Other Covered Services:

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

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 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 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 or Poly-America, L.P. at (972) 337-7175.

Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the Texas Department of Insurance Consumer Protection 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, ☎☎打☎个号☎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.

⚠ 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)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Visitas al consultorio: \$15 de copago /visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	El copago solo se aplica a las visitas al consultorio del médico; 1 copago por cada visita. Consulte más abajo para obtener más información sobre su costo para otros servicios de proveedores participantes. Si recibe servicios de consulta a través de Teladoc, pagará \$5 de copago (no se aplica el deducible). Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos . Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego, verifique qué pagará el plan . Para colonoscopias, usted paga \$60 de copago . El copago se aplica a cada visita al consultorio. Para análisis de sangre, se aplicará el copago cuando los servicios se presten en un centro independiente o si los envía su proveedor .
	Consulta con un especialista	Visitas al consultorio: \$15 de copago /visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	
	Atención preventiva/evaluación/vacunas	Visita al consultorio: \$15 de copago /visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$35 de copago /visita.	Sin cobertura.	Para análisis de sangre, se aplica 1 copago por día por proveedor . Para radiografías y exámenes de diagnóstico , se aplica el copago por tipo de procedimiento. Se requiere autorización previa . Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica un copago por tipo de procedimiento de radiografía.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$35 de copago /visita; sin cargo (centros del programa US Imaging).	Sin cobertura.	
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.rxbenefits.com	Medicamentos genéricos	\$15 de copago (al por menor); \$14 de copago (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 copago se aplica por receta médica. Los medicamentos especializados deben obtenerse de la red de farmacias especializadas. Después de los primeros \$5,000, usted paga 50 % del copago por medicamentos con receta médica al por menor y pedidos por correo. Hay un copago de \$10 por medicamentos genéricos surtidos en las farmacias de Wal-Mart, Sam's Club o CVS. No se cubren los medicamentos de marca que tienen un medicamento genérico disponible.
	Medicamentos de marca	\$20 de copago (al por menor); \$18 de copago (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad	Se pagan igual que los medicamentos genéricos y de marca.	Sin cobertura.	

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*)

Total Example Cost \$12,700

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
The total Peg would pay is	\$760

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*)

Total Example Cost \$5,600

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
The total Joe would pay is	\$720

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*)

Total Example Cost \$2,800

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
The total Mia would pay is	\$350

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. 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 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> para sus gastos.
¿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> para sus gastos.
¿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 www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain o llame al (800) 343-3140.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>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> .