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 or call (800) 925-2272. 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 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call Meritain Health, Inc. at (800) 925-2272 to request a copy.

Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. All services are covered before you meet a 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.
Are there other deductibles for specific services?	Yes.	Review your current plan document for more information pertaining to Accidental Injuries, a deductible may be applicable.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Not Applicable	This plan does not have an out–of–pocket limit on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Not Applicable	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain or call (800) 343-3140 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.

2027

57-024-0023

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 de especialista** **$15**
- **Copago del hospital (establecimiento)** **$60**
- **Otro copago** **$0**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$700
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
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**
- **Copago del hospital (establecimiento)** **$60**
- **Otro copago** **$0**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos *(glucómetro)*

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$700
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$720**

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

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago de especialista** **$15**
- **Copago del hospital (establecimiento)** **$65**
- **Otro copago** **$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, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$300
Coseguro	$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia 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 copay/visit (office visit)/No Charge (all other services)	Not Covered	Copay applies to the physician office visit only, 1 copay for each visit. See below for more info regarding your cost for other services for participating providers. You will pay a $5 copay (deductible does not apply) if you receive consultation services through Teladoc. You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services you need are preventive. Then check what your plan will pay for. For a colonoscopy, you pay $60 copay. Copay applies to each office visit. For blood work, copay will apply when services are rendered at a free-standing facility or sent out by your provider.
	Specialist visit	$15 copay/visit (office visit)/No Charge (all other services)	Not Covered	
	Preventive care /screening /immunization	$15 copay/visit (office visits)/No Charge (all other services)	Not Covered	
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	$35 copay/visit	Not Covered	For blood work, 1 copay per day per provider applies. For x-ray and diagnostic testing, copay applies per type of procedure.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	$35 copay/visit/No Charge (US Imaging Program facilities)	Not Covered	Preauthorization required. If you don't get preauthorization, benefits could be denied. Copay applies per type of diagnostic procedure.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about **prescription**	Generic drugs	$15 copay (retail)/$14 copay (mail order)	Not Covered	Covers up to a 34-day supply (retail prescription); 90-day supply (mail order prescription). The copay applies per prescription. Specialty drugs must be obtained from the specialty pharmacy network. After the first $6,000 per year per participant, you pay 50% of the Reasonable and Customary cost for retail and mail order
	Preferred brand drugs	$20 copay (retail)/$18 copay (mail order)	Not Covered	
	Non-preferred brand drugs	Not Covered	Not Covered	

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.
- Anteojos.
- Atención a largo plazo.
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños) (cubierta con el plan independiente para la vista).
- Atención de rutina para los pies.
- Atención dental (adultos y niños).
- Atención recibida fuera de los EE. UU., incluidos los territorios de los EE. UU.
- Audífonos.
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía cosmética.
- Cuidado quiropráctico.
- Programas para la pérdida de peso.
- Servicios de habilitación.
- Terapia por duelo.
- Transporte en ambulancia para servicios que no son de emergencia.
- Trastornos de la salud mental.
- Trastornos por el abuso de sustancias.
- Tratamiento para la infertilidad.

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:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al (800) 925-2272.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

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, al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿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: TTY: 711 Para acceder a servicios lingüísticos sin costo alguno para usted, llame al (800) 925-2272.

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)	
drug coverage is available at www.caremark.com	Specialty drugs	Paid the same as generic and brand name drugs	Not Covered	prescriptions. There is a $10 copay 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.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	$60 copay/occurrence	Not Covered	Preauthorization required unless performed in an office setting. If you don't get preauthorization, benefits could be denied. One copay per day per provider applies.
	Physician/surgeon fees	$60 copay/visit	Not Covered	Preauthorization required unless performed in an office setting. If you don't get preauthorization, benefits could be denied. One copay per day per provider applies.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	$65 copay/visit (emergency services) /$65 copay/visit, then 50% coinsurance (non-emergency services)	Not Covered	Copay applies per visit. Special provisions may apply for emergency room services rendered by a non-participating provider. Review your current plan document for further information.
	Emergency medical transportation	No Charge (emergency services)/Not Covered (non-emergency services)	20% coinsurance (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.
	Urgent care	$15 copay/visit	Not Covered	Copay applies per visit. If you have no choice of providers and/or there is no participating provider available within 50 miles, you pay 20% coinsurance for a non-participating provider.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	$60 copay/per day, max $500/admission	Not Covered	Preauthorization required. If you don't get preauthorization, benefits could be denied.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$15 de copago/visita.	Sin cobertura.	La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Se requiere autorización previa 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 copago/día, hasta un máximo de $500 por hospitalización.	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Servicios de rehabilitación	$30 de copago/visita.	Sin cobertura.	Se aplica un copago por cada visita. Las terapias física, ocupacional, del habla, de la audición y cardíaca se limitan a 30 visitas por cada tipo de terapia por año.
	Servicios de habilitación	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Atención de enfermería especializada	$60 de copago/día, hasta un máximo de $500 por hospitalización (pacientes hospitalizados); $30 de copago/visita (pacientes ambulatorios).	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica un copago por visita para los servicios para pacientes ambulatorios.
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa para cualquier artículo cuyo valor supere los $1,500. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	$60 de copago/día, hasta un máximo de $500 por hospitalización (pacientes hospitalizados).	Sin cobertura.	La terapia por duelo no está cubierta. Se requiere autorización previa 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 con el plan médico.

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)	
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	Preauthorization required. If you don't get preauthorization, benefits could be denied.
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 copay/visit	Not Covered	Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e., ultrasound). Preauthorization required for inpatient hospital stays in excess of 48 hrs (vaginal delivery) or 96 hrs (c-section). If you don't get preauthorization, benefits could be denied.
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered	
	Childbirth/delivery facility services	$60 copay/per day, max $500/admission	Not Covered	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	Preauthorization required. If you don't get preauthorization, benefits could be denied.
	Rehabilitation services	$30 copay/visit	Not Covered	Copay applies per visit. Physical, occupational, speech/hearing & cardiac therapy limited to 30 visits per each type of therapy per year.
	Habilitation services	Not Covered	Not Covered	Not Covered
	Skilled nursing care	$60 copay/per day, max $500/admission (inpatient)/$30 copay/visit (outpatient)	Not Covered	Preauthorization required. If you don't get preauthorization, benefits could be denied. Copay applies per visit for outpatient services.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not Covered	Preauthorization required for any item in excess of $1,500. If you don't get preauthorization, benefits could be denied.
	Hospice services	$60 copay/per day, max $500/admission (inpatient)	Not Covered	Bereavement counseling is not covered. Preauthorization required for inpatient services. If you don't get preauthorization, benefits could be denied.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$65 de copago/visita (servicios de emergencia); $65 de copago/visita, luego coseguro del 50 % (servicios que no son de emergencia).	Sin cobertura.	Se aplica un copago por cada visita. Se pueden aplicar disposiciones especiales por los servicios brindados en la Sala de Emergencias por un proveedor no participante. Consulte su plan actual para obtener más información.
	Transporte médico de emergencia	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.
	Atención de urgencia	$15 de copago/visita.	Sin cobertura.	Se aplica un copago por cada visita. Si no puede elegir entre proveedores o no hay ningún proveedor participante disponible en un radio de 50 millas, pagará un coseguro del 20 % por los servicios brindados por un proveedor no participante.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	$60 de copago/día, hasta un máximo de $500 por hospitalización.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios.
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, 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.	

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 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.

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
- Ambulance transportation for non-emergency services
- Bariatric surgery
- Bereavement counseling
- Care received outside the United States, including U.S. territories
- Chiropractic care
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child)
- Glasses
- Habilitation services
- Hearing aids
- Infertility treatment
- Long-term care
- Mental health disorders
- Routine eye care (Adult & Child) (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 plan document.)

- Private-duty nursing

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.caremark.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 de especialidad se deben obtener mediante la red de farmacias de especialidad. Después de los primeros $6,000 por año por participante, usted paga el 50 % del costo usual y razonable por los medicamentos con receta 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 preferidos	$20 de copago (al por menor), $18 de copago (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad	Se pagan igual que los medicamentos genéricos y de marca.	Sin cobertura.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$60 de copago/vez.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa, a menos que se realice en un consultorio. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica un copago por día por proveedor.
	Tarifas del médico/cirujano	$60 de copago/visita.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa, a menos que se realice en un consultorio. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. Se aplica un copago por día por proveedor.

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:

- For more information on your rights to continue coverage, contact the plan at (800) 925-2272.
- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or http://www.dol.gov/ebsa/healthreform
- For non-federal governmental group health plans, you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.
- If your coverage is a church plan, church plans are not covered by the Federal COBRA continuation coverage rules. If the coverage is insured, individuals should contact their State insurance regulator regarding their possible rights to continuation coverage under State law.

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.

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 Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

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

Language Access Services: TTY: 711

To access language services at no cost to you, call (800) 925-2272.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 800-925-2272.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 800-925-2272.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 打 个号 800-925-2272.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 800-925-2272.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Visitas al consultorio: $15 de copago/visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	El copago solo se aplica a las visitas en el consultorio del médico; 1 copago por cada visita. A continuación encontrará más información sobre el costo de otros servicios brindados por proveedores participantes. Si recibe servicios de consulta a través de Teladoc, paga $5 de copago (no se aplica el deducible).
	Consulta con un especialista	Visitas al consultorio: $15 de copago/visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	
	Atención preventiva/evaluación/ vacunas	Visitas al consultorio: $15 de copago/visita; los demás servicios: sin cargo.	Sin cobertura.	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 una colonoscopia, pagará un copago de $60. El copago se paga en cada visita al consultorio. Para los análisis de sangre, pagará el copago cuando los servicios se brinden en un centro independiente o sean solicitados por su proveedor.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$35 de copago/visita.	Sin cobertura.	Para los análisis de sangre, se aplica 1 copago por día por proveedor. Para las radiografías y los exámenes de diagnóstico, se aplica el copago según el tipo de procedimiento.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	$35 de copago/visita o sin cargo (centros del programa US Imaging).	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, podrían rechazarse los servicios. El copago se aplica según el tipo de procedimiento de diagnóstico.

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**
Specialist copayment	**$15**
Hospital (facility) copayment	**$60**
Other copayment	**$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	**$12,700**
In this example, Peg would pay:	
Cost Sharing	
Deductibles	0
Copayments	700
Coinsurance	0
What isn't covered	
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) copayment	**$60**
Other copayment	**$0**

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care provider office visits *(including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Diabetic supplies *(glucose meter)*

Total Example Cost	**$5,600**
In this example, Joe would pay:	
Cost Sharing	
Deductibles	0
Copayments	700
Coinsurance	0
What isn't covered	
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) copayment	**$65**
Other copayment	**$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:	
Cost Sharing	
Deductibles	0
Copayments	300
Coinsurance	50
What isn't covered	
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.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Período de cobertura: 01/01/2027-12/31/2027**

Meritain Health an aetna company **Poly-America, L.P. Plan de beneficios médicos**

Cobertura para: Individuo + Familia | Tipo de plan: EPO

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 o llame al (800) 925-2272. 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 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a Meritain Health, Inc. al (800) 925-2272 para pedir una copia.

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