



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo para los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada la prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de su cobertura, ingrese a <https://regence.com/go/2023/policy/UT/Silver5500SeparateRXDeductible87IFNEx> o llame al 1 (888) 231-8424. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en la página web healthcare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1 (888) 231-8424 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$1.000 por persona/\$2.000 por familia por año calendario.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos pagados del <u>deducible</u> de todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Determinada <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican a continuación como “no se aplica <u>deducible</u> ” o como “sin cargo”.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$300 por persona/\$600 por familia por año calendario por la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> . No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar la totalidad de los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3.000 por persona/\$6.000 por familia, por año calendario.	El <u>límite de desembolso directo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de desembolso directo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de desembolso directo</u> familiar.
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso directo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte https://regence.com/go/UT/IFN o llame al 1 (888) 231-8424 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> en la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir 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 de la red</u> podría recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.

¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación .
---	-----	--



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta con el médico de atención primaria por una lesión o enfermedad	\$15 de copago /visita al consultorio, no se aplica deducible ; 10% de coseguro para todos los demás servicios	Sin cobertura	El copago se aplica solo a cada visita al consultorio dentro de la red . Todos los otros servicios están cubiertos al coseguro especificado, después del deducible .
	Visita al especialista	\$25 de copago /visita al consultorio, no se aplica deducible ; 10% de coseguro para todos los demás servicios	Sin cobertura	
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	
Si se le realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	10% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en	Medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos	\$10 de copago /receta en farmacia minorista preferida \$30 de copago /receta en farmacia de entrega a domicilio preferida 20% de coseguro /receta en farmacia minorista 20% de coseguro /receta en farmacia de entrega a	Sin cobertura	Los medicamentos recetados que no están en la Lista de medicamentos no están cubiertos, a menos que se apruebe una excepción. No aplica deducible para insulina, medicamentos genéricos preferidos, medicamentos genéricos y medicamentos específicamente designados como preventivos para el tratamiento de enfermedades crónicas que están en la Lista de medicamentos de Optimum Value.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
https://regence.com/go/2023/UT/6tier		domicilio		<p>La cobertura incluye medicamentos de quimioterapia contra el cáncer autoadministrables al 10% de <u>coseguro</u> para recetas en en farmacia minorista y de entrega a domicilio (pedidos por correo), consulte su <u>plan</u> para obtener más información.</p> <p>Suministro de 90 días/receta en farmacia minorista (su <u>costo compartido</u> es por un suministro de 30 días)</p> <p>Suministro de 90 días/receta en farmacia de entrega a domicilio (pedidos por correo)</p> <p>Suministro para 30 días/receta de <u>medicamento de especialidad</u> o medicamentos para quimioterapia autoadministrables para el cáncer</p> <p>Los <u>medicamentos de especialidad</u> no están disponibles a través del servicio de entrega a domicilio (pedidos por correo).</p> <p>Los <u>costos compartidos</u> para insulina de marca preferida no excederán los \$27/receta para suministro de 30 días en farmacia minorista o \$81/receta para suministro de 90 días en farmacia de entrega a domicilio (pedidos por correo).</p> <p>Sin cargo para determinados medicamentos preventivos, anticonceptivos y vacunas en una farmacia participante.</p> <p>Si surte un medicamento de marca o <u>medicamento de especialidad</u> cuando hay un medicamento genérico equivalente o medicamento biosimilar de especialidad disponible, usted paga la diferencia del costo, además del <u>copago</u> y/o <u>coseguro</u>.</p> <p>El primer surtido de <u>medicamentos de especialidad</u> se puede proporcionar en una farmacia minorista; los resurtidos adicionales se deben proporcionar en una farmacia de especialidad.</p> <p>Los medicamentos utilizados como parte de un régimen de tratamiento de medicamentos contra el cáncer para pacientes ambulatorios que sean proporcionados y dispensados en un entorno</p>
	Medicamentos de marca preferidos	30% de <u>coseguro/receta</u> en farmacia minorista 30% de <u>coseguro/receta</u> en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca	50% de <u>coseguro/receta</u> en farmacia minorista 50% de <u>coseguro/receta</u> en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos de especialidad</u> preferidos y <u>medicamentos de especialidad</u>	40% de <u>coseguro/medicamento de especialidad</u> preferido 50% de <u>coseguro/medicamento de especialidad</u>	Sin cobertura	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				profesional estarán sujetos a estos beneficios de recetas.
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (por ej., un centro de cirugía ambulatoria)	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
Si necesita atención médica de inmediato	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	10% de <u>coseguro</u>	10% de <u>coseguro</u>	El <u>deducible</u> dentro de la <u>red</u> aplica a los servicios dentro de la <u>red</u> y fuera de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de <u>coseguro</u>	10% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 de <u>copago</u> /visita al consultorio, no se aplica <u>deducible</u> ; 10% de <u>coseguro</u> para todos los demás servicios	\$25 de <u>copago</u> /visita al consultorio, no se aplica <u>deducible</u> ; 10% de <u>coseguro</u> para todos los demás servicios	El <u>copago</u> se aplica solo a cada visita al consultorio dentro de la <u>red</u> o fuera de la red. Todos los otros servicios están cubiertos al <u>coseguro</u> especificado, después del <u>deducible</u> .
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 de <u>copago</u> /visita al consultorio, no se aplica <u>deducible</u> ; 10% de <u>coseguro</u> para todos los demás servicios	Sin cobertura	El <u>copago</u> se aplica solo a cada visita al consultorio dentro de la <u>red</u> . Todos los otros servicios están cubiertos al <u>coseguro</u> especificado, después del <u>deducible</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Visitas al consultorio	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si usted está embarazada	Servicios profesionales para nacimientos/partos	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	La cobertura de adopción se paga en el beneficio dentro de la <u>red</u> , limitado a \$4.000/embarazo. El beneficio de indemnización por adopción no es intercambiable por los beneficios de tratamiento para la infertilidad. El <u>costo compartido</u> no se aplica para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC (por ej., ecografía).
	Servicios del centro para nacimientos/partos	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	30 visitas/año
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	30 días como paciente hospitalizado/año y atención de enfermería especializada combinados 20 visitas como paciente ambulatorio combinadas/año Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	<u>Servicios de habilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	30 días como paciente hospitalizado y 20 visitas como paciente ambulatorio combinadas/año Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	30 días como paciente hospitalizado/año y atención de enfermería especializada combinados
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios de un centro de cuidados paliativos</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	14 días de cuidado de relevo como paciente hospitalizado o ambulatorio/de por vida
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	1 examen de la vista de rutina/año para personas menores de 19 años de edad
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	1 par de lentes/año 1 juego de armazones/año Anteojos limitados a personas menores de 19 años. Los armazones de médicos de VSP están limitados a

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				Otis & Piper Eyewear Collection.
	Chequeo dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	2 limpiezas*/año 2 exámenes preventivos orales/año La cobertura se limita a menores de 19 años. *La cobertura puede incluir otra limpieza; consulte a su plan para obtener más información.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Ejemplos de exclusión

Los siguientes ejemplos de limitaciones y exclusiones se incluyen para ilustrar los tipos de afecciones, tratamientos, servicios, suministros o alojamiento que pueden no estar cubiertos por su plan, incluidas las afecciones médicas secundarias relacionadas, y no incluyen todos los casos:

- cargos relacionados con cirugía reconstructiva o plástica que pueden tener beneficios limitados, como una descamación química o peeling que no alivie una incapacidad funcional;
- complicaciones relacionadas con los servicios y suministros para, o en relación con, derivación gástrica o intestinal, grapas gástricas u otro procedimiento quirúrgico similar para facilitar la pérdida de peso, o para, o en relación con, la reversión o revisión de dichos procedimientos, o cualquier complicación o consecuencia directa del mismo;
- complicaciones por infección de un procedimiento cosmético, excepto en casos de cirugía reconstructiva:
 - cuando el servicio es incidental o posterior a una cirugía resultante de un trauma, infección u otras enfermedades de la parte afectada; o
 - relacionados con una enfermedad congénita o anomalía de un niño cubierto que ha resultado en un defecto funcional; o
- complicaciones que resulten de una lesión o enfermedad como consecuencia de la participación activa en actividades ilegales.

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o para evitar la muerte de la persona inscrita) • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética, excepto anomalías congénitas | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Audífonos • Tratamientos para la infertilidad • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privada • Atención de rutina de la vista (adulto) • Atención de rutina de los pies, excepto para pacientes diabéticos • Programas de pérdida de peso |
|--|---|--|

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#)).

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica, solamente manipulaciones de la columna | <ul style="list-style-type: none"> • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. |
|--|---|

Sus derechos a continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termina. La información de contacto de esas agencias es: la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration), del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor), llamando al 1 (866) 444-3272 o en dol.gov/ebsa/healthreform, o los Centros de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), llamando al 1 (877) 267-2323 extensión 61565 o en cciio.cms.gov o el departamento de seguros de su estado. También se puede comunicar con el plan llamando al 1 (888) 231-8424. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual, a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite HealthCare.gov o llame al 1 (800) 318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con el plan llamando al 1 (888) 231-8424 o visite la página web regence.com o con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, llamando al 1 (866) 444-3272 o en la página web dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Utah llamando al 1 (801) 957-9200 o a la línea gratuita de mensajes al 1 (800) 439-3805; por escrito al Utah Department of Insurance, 4315 S 2700 W, Suite 2300, Taylorsville, UT 84129; a través de Internet en: www.insurance.utah.gov; o por correo electrónico a: healthappeals.uid@utah.gov.

¿Proporciona este plan una Cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para determinados tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal de la prima.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, usted puede calificar para un crédito fiscal de la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1 (888) 231-8424.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta para calcular costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1.000
- Copago del especialista \$25
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para nacimientos/partos
 Servicios del centro para nacimientos/partos
 Prueba de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Vista al especialista(*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12.700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

<u>Deducibles</u>	\$1.000
<u>Copagos</u>	\$11
<u>Coseguro</u>	\$1.122

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$61
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es \$2.194

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$1.000
- Copago del especialista \$25
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5.600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

<u>Deducibles</u>	\$877
<u>Copagos</u>	\$244
<u>Coseguro</u>	\$937

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$178
-----------------------	-------

El total que Joe pagaría es \$2.236

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$1.000
- Copago del especialista \$25
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Atención de la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2.800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

<u>Deducibles</u>	\$1.000
<u>Copagos</u>	\$80
<u>Coseguro</u>	\$145

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es \$1.225

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