



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-877-280-5600 o visítenos en https://www.globalhealth.com/pub/2019/ok_comm/MEMBER%20HANDBOOK%20-%20LRGGRP%20STATE.docx. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.GlobalHealth.com/media/2711/2017_uniformglossary.pdf o llamar al 1-877-280-5600 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD \$0	Consulte más abajo el cuadro de eventos médicos comunes para conocer los costos de los servicios cubiertos por este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de que usted alcance el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó el monto del deducible . Sin embargo, puede aplicarse un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible . Consulte la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$4,000 por persona o \$12,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo de la familia completa.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas , los cargos de facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red , visite www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-5600.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará el mínimo si acude a un proveedor de la red de centros preferidos. Usted pagará más si acude a un proveedor de la red de centros no preferidos. Pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios, como los análisis de laboratorio. Verifique esto con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas con un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de consultar al especialista .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Visita al especialista	\$50 de copago por visita.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo.	Sin cobertura.	*Para obtener detalles, consulte la sección Beneficios de atención preventiva en el Manual para miembros de este plan . Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que el plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$10 de copago por visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Visita al PCP (médico de atención primaria): sin cargo. Visita al especialista : sin cargo. Centro preferido: \$250 de copago por estudio. Centro no preferido: \$750 de copago por estudio.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluyen en el copago por visita al especialista .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.GlobalHealth.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Venta minorista: \$10 de copago por medicamento recetado, genérico preferido. Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$20 de copago por medicamento recetado, genérico preferido.	Sin cobertura.	La venta minorista es por un suministro para 30 días. La entrega a domicilio o la ESN (red de suministro extendido) es por un suministro para 90 días.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Venta minorista: \$65 de copago por medicamento recetado. Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$130 de copago por medicamento recetado.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Venta minorista preferida: \$90 de copago por medicamento recetado. Entrega a domicilio/ESN (red de suministro extendido): \$180 de copago por medicamento recetado.	Sin cobertura.	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de autorización previa . *Para obtener detalles, consulte la sección Beneficios de medicamentos recetados en el Manual para miembros de este plan . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. La venta minorista es por un suministro para 30 días. La entrega a domicilio o la ESN (red de suministro extendido) es por un suministro para 90 días.
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Medicamentos de especialidad preferidos: \$100 de copago por medicamento recetado. Medicamentos de especialidad no preferidos: \$200 de copago por medicamento recetado. Medicamentos de quimioterapia: \$100 de copago , como máximo, por medicamento recetado.	Sin cobertura.	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.GlobalHealth.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$250 de copago por visita. Centro no preferido: \$750 de copago por visita.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	\$50 de copago único por los servicios médicos.	Sin cobertura.	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$350 de copago por visita más \$50 de copago único por los servicios médicos.	\$300 de copago por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos. El copago por atención en la sala de emergencias no se aplica si lo ingresan en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	\$100 de copago por incidente.	\$100 de copago por incidente.	
	Atención de urgencia	\$25 de copago por visita.	\$25 de copago por visita.	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$250 por día hasta \$750 de copago por estancia.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa , excepto para la atención de emergencia o el parto. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	\$150 de copago único por los servicios médicos.	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita en el consultorio: sin cargo.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa para otros servicios que no sean visitas en el consultorio. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios internos	Centro de tratamiento residencial: \$250 por día, hasta \$750 de copago por estancia más \$150 de copago único por los servicios médicos. Cuidados intensivos: \$250 por día, hasta \$750 de copago por estancia más \$150 de copago único por los servicios médicos.	Sin cobertura.	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal sin cargo. \$25 de copago por única vez para toda la atención posnatal.	Sin cobertura.	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos . Los servicios profesionales de parto/nacimiento se incluyen en los servicios del centro.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$500 de copago por estancia.	Sin cobertura.	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Límite de 100 visitas por año del plan .
	Servicios de rehabilitación	Atención intrahospitalaria: \$250 por día, hasta \$750 de copago por estancia más \$150 de copago único por los servicios médicos. Visita en el consultorio: \$25 de copago por visita. Centro ambulatorio de rehabilitación: \$35 de copago por visita.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Centros ambulatorios y de rehabilitación: límite de 60 visitas por año del plan .
	Servicios de habilitación	Atención intrahospitalaria: \$250 por día, hasta \$750 de copago por estancia más \$150 de copago único por los servicios médicos. Visita en el consultorio: \$25 de copago por visita. Centro ambulatorio de rehabilitación: \$35 de copago por visita.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se limitan a los siguientes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner. • Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller. • Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis limitrofe de la infancia.
	Cuidado de enfermería especializada	\$750 de copago por estancia.	Sin cobertura.	Se requieren derivación y autorización previa . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Enfermería especializada: límite de 100 días por año del plan .
	Equipo médico duradero	20% de coseguro .	Sin cobertura.	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo.	Sin cobertura.	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$50 de copago por visita.	Sin cobertura.	Límite de un examen por año del plan .
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se limita a un solo par de armazones y lentes básicos o a un primer set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (revisión dental para niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Servicio de enfermería privada

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

- Atención quiropráctica
- Cirugía estética (reparación de condiciones resultantes de lesiones accidentales o defectos congénitos, cuando sea [médicamente necesaria](#). Para conocer las limitaciones, consulte el Manual para miembros).
- Audífonos (límite de uno por oído cada 48 meses)
- Tratamiento por infertilidad
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)
- Atención de los pies de rutina (cubierta únicamente para los pacientes diabéticos)
- Programas para bajar de peso (cubiertos solo si los proporciona un [proveedor](#) de la red)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Employees Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados) del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos), 1-866-444-3272 (teléfono), www.dol.gov/ebsa/healthreform (sitio web), o Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información al Consumidor y Auditorías de Seguros) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos), 1-877-267-2323 x61565 (teléfono), www.cciio.cms.gov (sitio web). También puede comunicarse con GlobalHealth llamando al 1-877-280-5600 o visitando www.GlobalHealth.com. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: el Servicio al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-5600 o visitando www.GlobalHealth.com, con la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor llamando al 1-866-444-EBSA (3272), o con el Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma) llamando al 1-800-522-0071 o al (405) 521-2991 (solo dentro del estado), o visitando <http://www.ok.gov/oid/Consumers>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-280-5600 (TTY: 711).

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por visita al [especialista](#) \$50
- [Copago](#) por ingreso en el hospital (centro) \$500
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,840

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$600

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por visita al [especialista](#) \$50
- [Copago](#) por ingreso \$250 por día hasta en el hospital (centro) \$750 por estancia
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,460

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,460

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por visita al [especialista](#) \$50
- [Copago](#) por ingreso \$250 por día hasta en el hospital (centro) \$750 por estancia
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$2,010

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$10
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$810

Aviso de no discriminación

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. GlobalHealth, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

GlobalHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al 1-877-280-5600 (línea gratuita).

Si considera que GlobalHealth, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en la siguiente dirección: **Attn: Compliance Attorney, 210 Park Avenue, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, (405) 280-5894 (fax), compliance@globalhealth.com (correo electrónico)**. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, no dude en comunicarse con el Servicio al Cliente. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos) electrónicamente a través del portal de quejas de derechos civiles que se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.