


Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

GlobalHealth, Inc.: Plan estándar

Cobertura para: Todos los niveles | Tipo de plan: HMO

 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 1-877-280-2964 o visítenos en [https://globalhealth.com/media/y5qdmvp1/cert\\_lqgrp\\_std\\_ok\\_2020\\_spanish\\_websiteupload.pdf](https://globalhealth.com/media/y5qdmvp1/cert_lqgrp_std_ok_2020_spanish_websiteupload.pdf). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [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](https://www.GlobalHealth.com/media/2711/2017_uniformglossary.pdf) o llamar a 1-877-280-2964 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	USD \$300 por miembro individual o \$600 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual, hasta que la cantidad total de gastos de <a href="#">deducible</a> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los <a href="#">servicios preventivos</a> , las visitas al consultorio, los análisis de laboratorio y los medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que deba pagar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	USD \$6,850 por miembro individual o \$10,000 por familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en este <a href="#">plan</a> , deben alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> total familiar.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , <a href="#">los cargos de la facturación de saldo</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí. Para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> visite <a href="http://www.GlobalHealth.com">www.GlobalHealth.com</a> o llame al 1-877-280-2964.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará el mínimo si acude a un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> de centros preferidos. Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor</a> de la red de centros no preferidos. Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> pagará algunos o todos los costos para ver a un <a href="#">especialista</a> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <a href="#">derivación</a> antes de ver al <a href="#">especialista</a> .



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)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Ninguno
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$45 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Atención quiropráctica: \$25 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Cuidado de los pies: \$25 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Atención quiropráctica Límite de 20 visitas por año del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Atención preventiva/ examen colectivo/vacuna</a>	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	*Para obtener información, consulte la sección Beneficios de <a href="#">atención preventiva</a> en el Manual para miembros <a href="#">de este plan</a> . Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Ninguno
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Visita al PCP (médico de atención primaria): Sin cargo No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Consulta con un <a href="#">especialista</a> : Sin cargo No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Centro preferido: \$350 de <a href="#">copago</a> por estudio. Centro no preferido: \$700 de <a href="#">copago</a> por estudio.	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluyen en el <a href="#">copago</a> por visita al <a href="#">especialista</a> .

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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.GlobalHealth.com">www.GlobalHealth.com</a>	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Suministro para 30 días: \$6 de <a href="#">copago</a> por receta, genérico de bajo costo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . \$15 de <a href="#">copago</a> por receta, genérico preferido. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Suministro para 90 días: \$12 de <a href="#">copago</a> por receta, genérico de bajo costo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . \$30 de <a href="#">copago</a> por receta, genérico preferido. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Suministro para 30 días: \$70 de <a href="#">copago</a> por receta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Suministro para 90 días: \$175 de <a href="#">copago</a> por receta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <a href="#">preautorización</a> . *Para obtener información, consulte la sección Beneficios de medicamentos recetados en el Manual para miembros de este <a href="#">plan</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo. Los <a href="#">medicamentos de especialidad</a> solo están disponibles en suministros para 30 días.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Suministro para 30 días: \$105 de <a href="#">copago</a> por receta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Suministro para 90 días: \$315 de <a href="#">copago</a> por receta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Medicamentos de quimioterapia: \$100 de <a href="#">copago</a> como máximo, por receta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)	Especialidad preferida: 10% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$400 de <a href="#">copago</a> . No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Especialidad no preferida: 10% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$600 de <a href="#">copago</a> . No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Medicamentos de quimioterapia orales: 10% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$100 de <a href="#">copago</a> . No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.GlobalHealth.com](http://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)	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$500 de <a href="#">copago</a> por visita Centro no preferido: \$1,000 de <a href="#">copago</a> por visita.	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$300 de <a href="#">copago</a> por visita.	\$300 de <a href="#">copago</a> por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos. El <a href="#">copago</a> por atención en la sala de emergencias no se aplica si lo ingresan en el hospital.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$75 de <a href="#">copago</a> por incidente.	\$75 de <a href="#">copago</a> por incidente.	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$20 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$20 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500 de <a href="#">copago</a> por día hasta \$1,500 de <a href="#">copago</a> por estancia.	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la atención de emergencia o el parto. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	

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)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	<p>Visitas al consultorio: Sin cargo No se aplica el <a href="#">deducible</a>.</p> <p>Programa intensivo para pacientes ambulatorios: Sin cargo No se aplica el <a href="#">deducible</a>.</p> <p>Programa de hospitalización parcial: Sin cargo</p>	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> para otros servicios que no sean visitas al consultorio. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios internos	<p>Centro de tratamiento residencial: \$500 de <a href="#">copago</a> por estancia.</p> <p>Cuidados intensivos: \$500 de <a href="#">copago</a> por día hasta \$1,500 de <a href="#">copago</a> por estancia.</p>	No está cubierto	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Atención prenatal y posnatal sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican para los <a href="#">servicios preventivos</a> . Los servicios profesionales para el nacimiento y el parto están incluidos en los servicios prestados por el centro.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$300 de <a href="#">copago</a> por día hasta \$900 de <a href="#">copago</a> por estancia.	No está cubierto	

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)	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Sin cargo	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Atención domiciliaria: Límite de 30 visitas por año del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Pacientes hospitalizados Sin cargo Visitas al consultorio: \$45 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Centro ambulatorio de rehabilitación: \$70 de <a href="#">copago</a> por visita. Centro hospitalario de rehabilitación: \$225 de <a href="#">copago</a> por día.	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Límite de 60 visitas por año del <a href="#">plan</a> . Los servicios para pacientes hospitalizados están incluidos en la tarifa del centro hospitalario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Pacientes hospitalizados Sin cargo Visitas al consultorio: \$45 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Centro ambulatorio de habilitación: \$70 de <a href="#">copago</a> por día.	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los servicios para pacientes hospitalizados están incluidos en la tarifa del centro hospitalario. Se limitan a los siguientes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner;</li> <li>• Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller;</li> <li>• Síndrome de Rett; y</li> <li>• Trastornos generalizados del desarrollo especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis límite de la infancia.</li> </ul>
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	\$500 de <a href="#">copago</a> por estancia.	No está cubierto	Se requieren <a href="#">derivación</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Enfermería especializada: Límite de 100 días por año del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo	No está cubierto	

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.GlobalHealth.com](http://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)	
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	\$50 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Límite de un examen por año del <a href="#">plan</a> .
	Anteojos para niños	Sin cargo	No está cubierto	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	No está cubierto	No está cubierto	Sin cobertura.

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com).

## 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 (adulto)
- Atención dental (chequeo dental para niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- 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 causadas por 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 de la vista de rutina (adulto)
- Atención de rutina de los pies (cubierta únicamente para los pacientes diabéticos)
- Programas de pérdida 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) llamando al 1-866-444-3272 o visitando [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), 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 Humanos de los Estados Unidos) llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También puede comunicarse con GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visitando [www.GlobalHealth.com](http://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](http://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: Servicio al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visitando [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com), Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Department of Labor (Departamento de Trabajo) llamando al 1-866-444-EBSA (3272), u 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 1-877-280-2964 (TTY: 711).

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

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com).



## 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](#) \$300
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (instalaciones) \$300/por día hasta hasta \$900/por hospitalización
- Otro [copago](#) O [coseguro](#) \$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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,800</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$300
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,410</b>

### 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](#) \$300
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (instalaciones) \$300/por día hasta hasta \$900/por hospitalización
- Otro [copago](#) O [coseguro](#) \$0

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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,400</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,900
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,930</b>

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (instalaciones) \$300/por día hasta hasta \$900/por hospitalización
- Otro [copago](#) O [coseguro](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,900</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deductibles	\$300
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,000</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

## Aviso de no discriminación

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

GlobalHealth:

- Da asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al 1-877-280-2964 (línea gratuita).

Si considera que GlobalHealth, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: **Attn: Executive Director, Compliance and Legal Services, 210 Park Ave, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, o por correo electrónico a: [compliance@globalhealth.com](mailto:compliance@globalhealth.com)**. Puede presentar una queja en persona, por correo postal 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 en el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.), electrónicamente a través de Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono al: 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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language	Translation
Spanish	Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de GlobalHealth. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al 1-877-280-2964.
Vietnamese	Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bản về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình GlobalHealth. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số 1-877-280-2964.
Chinese	本通知有重要的訊息。本通知有關於您透過[插入 SBM 項目的名稱 GlobalHealth 提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或者費用補貼。您有權利免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話 [在此插入數字 1-877-280-2964。

Language	Translation
Korean	본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 GlobalHealth을 통한 커버리지에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 귀하의 건강 커버리지를 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 1-877-280-2964 로 전화하십시오.
German	Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch GlobalHealth. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter 1-877-280-2964.
Arabic	هذا في الهامة التواريخ عن ابحت . GlobalHealth ( خلال من التغطية على للحصول طلبك بخصوص مهمة معلومات الاشعار هذا يحوي .هامة معلومات الاشعار هذا يحوي دفع في للمساعدة او الصحية تغطيتك على للحفاظ معينة تواريخ في اجراء لاتخاذ تحتاج قد .الاشعار 1-877-280-2964 ( ب اتصل .تكلفة أي دون من بلغتك والمساعدة المعلومات على الحصول في الحق لك .التكاليف
Burmese	ဤစာ၌ အရေးကြီးသော အကြောင်းအရာများပါရှိပါသည်။ ဤစာ၌ သင့်၏ လိုအပ်ချက်များကို သေချာမဟုတ်ဘဲ GlobalHealth ငွေ သက်တမ်းဖြင့် အကြောင်းအရာများ ပါရှိပါသည်။ အသေးစားကုသမှုများ ဤစာ၌ ရှိပါသည်။ သတိပြုရန်အတွက် သင့်၏ နာကျင်မှုများကို မထည့်မီ ကုသမှုများ ရရှိခြင်းဖြင့် သင့်၏ မဟုတ်ဘဲ စရံများဖြင့် ဆက်လက်ကုသမှုများ ဆောင်ရွက်ရမည်။ သင့်၏ ကုသမှုများ ဆောင်ရွက်ပါ။ ဤကဲ့သို့ ပတ်သက်၍ မနှစ်ခြိုက်သော အကြောင်းအရာများ ရရှိသည့် ကုသမှုများကို ပေးရန်လျှင် မသေသာသာစကား ဖင် အကူအညီရယူပါ။ 1-877-280-2964။
Hmong	<b>Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb.</b> Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm GlobalHealth. Saib cov caij nyoog los yog tej hnuv tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas peb kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoog uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiaj yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-280-2964.
Tagalog	Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng GlobalHealth. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 1-877-280-2964.
French	Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de GlobalHealth. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez 1-877-280-2964.

