



El documento Resumen de beneficios y cobertura le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El resumen le muestra cómo usted y el [plan](#) podrían compartir el costo por los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: La información acerca del costo de este [plan](#) (conocida como la [prima](#)) será proporcionada por separado.

Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura o desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-866-217-8016. Para definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), facturación de [saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.brighthealthplan.com o llame al 1-866-217-8016 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$2,800 individual o \$5,600 familiar	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible, antes de que el plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de pagar su deducible ?	Sí. La atención primaria, atención de especialidad, salud mental para pacientes ambulatorios, atención de urgencia o de emergencia, medicamentos genéricos, medicamentos de marca recetados preferidos, están cubiertos antes del deducible.	Este plan cubre algunos elementos y servicios incluso si usted todavía no ha pagado el monto del deducible. Pero un copago o coseguro puede aplicarse. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin el costo compartido y antes de que usted pague su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan?	\$7,900 individual o \$15,800 familiar	El límite de desembolso directo es la cantidad máxima que usted podría pagar en un año del plan por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , ellos deben pagar sus propios límites de desembolso directo hasta alcanzar el límite de desembolso directo familiar general.
¿Qué gastos no están incluidos en el límite de desembolso directo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de desembolso directo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red , consulte www.brighthealthplan.com o llame al 1-866-217-8016.	Este plan tiene una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará la cantidad máxima si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique esto con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para ver un especialista ?	No.	Puede ver al especialista de su elección sin necesidad de una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro suceden luego de que se haya pagado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargos para las dos primeras visitas; luego \$20 de copago por visita	Sin cobertura	No se aplica un copago a las primeras dos visitas por persona. Las siguientes visitas están sujetas a un copago de \$20 por visita.
	Visita a un especialista	\$45 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si tiene que hacerse un examen	Prueba diagnóstica (rayos X, análisis de sangre)	20 % de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (CT/PET, MRI)	20 % de coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
Si necesita un medicamento. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite brighthousehealthplan.com	Medicamentos genéricos	\$10 de copago por receta	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (receta en farmacia minorista); y un suministro de 31-90 días (receta de pedidos por correo). El copago que se muestra es por receta en farmacia minorista. El costo de pedidos por correo es 2.5 veces mayor que el costo minorista. Algunos medicamentos de especialidad están disponibles en otros niveles. Revise el formulario, en https://member.brighthousehealthplan.com , para determinar en qué nivel está su medicamento de especialidad.
	Medicamentos de marca preferidos	\$50 de copago por receta	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	20 % de coseguro	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	20 % de coseguro	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Honorario del centro (clínica)	20 % coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
	Honorario del médico/cirujano	20 % coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
Si necesita atención inmediata	Atención en la sala de emergencia	\$500 de copago por visita	\$500 de copago por visita	Ninguna
	Traslado por emergencia médica	20 % de coseguro	20 % de coseguro	Ninguna
	Atención urgente	\$75 por visita	Sin cobertura	Se aplica un copago a los honorarios del centro. A los cargos auxiliares, como los servicios de laboratorio o radiografías, se les aplicará el deducible y el coseguro del plan.
Si lo admiten al hospital	Honorario del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	20 % de coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
	Honorarios de médico/cirujano	20 % de coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, puede obtener los documentos del plan o de la póliza en www.brighthousehealthplan.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$45 de copago por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	20 % de coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20 % de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales de trabajo de parto y parto	20 % de coseguro	Sin cobertura	Las internaciones por parto que excedan las 48 horas en caso de parto vaginal o 96 horas en caso de cesárea requieren autorización previa.
	Servicios en centros para trabajo de parto y parto	20 % de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Atención médica en el hogar	20 % de coseguro	Sin cobertura	Limitado a 42 visitas por año. Los servicios requieren autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	20 % de coseguro	Sin cobertura	Límite de 60 visitas combinadas al año entre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
	Servicios de recuperación de las habilidades	20 % de coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa. El límite de visitas no aplica a terapias para el tratamiento del autismo.
	Atención de enfermería especializada	20 % de coseguro	Sin cobertura	Limitado a 90 días por año. Los servicios requieren autorización previa.
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
	Servicios de hospicio	20 % de coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo hasta la cantidad contratada por el proveedor.	Sin cobertura	Limitado a 1 par de anteojos, incluidos armazones y lentes; o a 1 suministro por un año de lentes de contacto por año calendario.
	Control dental para niños	Sin cargo	Sin cargo	Consulte el Programa de beneficios para conocer las limitaciones y los servicios cubiertos.

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, puede obtener los documentos del plan o de la póliza en www.brighthealthplan.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto (excepto en casos de violación, de incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)• Acupuntura | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Atención dental (adultos)• Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos• Atención de la vista de rutina (adultos)• Programas de pérdida de peso |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte los documentos del [plan](#)).

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Tratamiento de infertilidad (solo para diagnóstico) | <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería privada (cuando son médicamente necesarios)• Cuidado de los pies de rutina (solo cuando se proporcionen en relación a tratamiento para la diabetes) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Su derecho para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con su cobertura luego de que esta finalice. Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona: Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007, número de teléfono (602) 364-2499 o al (800) 325-2548. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura individual de seguro adquirida a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visite [visit](http://www.HealthCare.gov) www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja en contra de su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). A esta reclamación se la conoce como [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para enviar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo relacionado con su [plan](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007, número de teléfono (602) 364-2499 o (800) 325-2548.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá efectuar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que reúna los requisitos para una exención del requisito de que tenga cobertura de salud durante ese mes.

¿Este plan alcanza los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no alcanza los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal en la prima](#) a fin de ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [mercado](#).

Servicios de acceso al idioma:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-217-8016.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-217-8016.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, ☐☐打☐个号☐ 1-866-217-8016.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-866-217-8016.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente.*-----

* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, puede obtener los documentos del plan o de la póliza en www.brighthealthplan.com.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos de cómo cubriría este [plan](#) la atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, de los cargos del [proveedor](#) y otros factores. Enfóquese en los montos del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura por miembro solamente.

Peg va a tener un bebé

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

■ Deducible general del plan	\$2,800
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de trabajo de parto y parto
 Servicios en centros para trabajo de parto y parto
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$80
Coseguro	\$2,480
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$5,420

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan	\$2,800
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,490
Copagos	\$1,210
Coseguro	\$370
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es de	\$3,130

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$2,800
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencia (*incluidos los suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,925
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,310
Copagos	\$140
Coseguro	\$330
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$1,780



Servicios de Asistencia de Idioma

Si usted tiene preguntas sobre Bright Health, tienes derecho a recibir ayuda e información en tu idioma, sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-217-8016.

Spanish

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Bright Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-217-8016.

Navajo

Dii kwe'é atah nílínígíí Bright Health haada yit' éego bína'ídííkidgo éí doodago háida bíká anilyeedígíí t'áadoo le'é yína'ídííkidgo beehaz'áanii hóló díí t'áá hazaadk'ehjí háká a'doowołgo bee haz' a doo baah ílínígóó. Ata' halne'ígíí koji' bich'i' hodíílnih 1-866-217-8016.

Chinese

如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入SBM項目的名稱 Bright Health]方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 1-866-217-8016]。

Vietnamese

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Bright Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-217-8016.

Arabic

فلكي الحق في الحصول على المساعدة، Bright Health إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة بخصوص المعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-866-217-8016.

Tagalog

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Bright Health, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-866-217-8016.

Korean

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Bright Health에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-866-217-8016로 전화하십시오.

French

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Bright Health, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-866-217-8016.

