



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC 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 1-855-827-4448. Para definiciones generales de términos comunes, como [cantidad aprobada](#), [saldo de facturación](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#) consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.brighthealthplan.com o llame al 1-855-827-4448 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el deducible general?	\$6,000 Individual o \$12,000 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. Las consultas con su médico principal, la atención urgente, los medicamentos recetados, y la atención de la vista y dental pediátrica 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 gastos del bolsillo para este plan ?	\$7,900 Individual o \$15,800 Familiar	El límite de gastos del bolsillo 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 gastos del bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos del bolsillo familiar general.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Las primas , los cargos por saldo de facturación 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 gastos del bolsillo .
¿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 1-855-827-4448.	Este plan tiene una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor 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 (saldo de facturación) . 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.
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No.	Puedes ver al especialista que elige sin una referido .



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	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		proveedor de la red (usted pagará la cantidad mínima)	proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$35 por visita para dos primeras visitas; deducible y coseguro para las visitas adicionales	Sin cobertura	No se aplica un copago a las primeras dos consultas con el médico principal por persona. Las siguientes consultas están sujetos a deducible y coseguro.
	Consulta con un especialista	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios preventivos/ evaluaciones /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	40% coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
Si necesita un medicamento. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite brighthouseplan.com	Medicamentos genéricos	\$25 por receta	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (receta por venta minorista); y un suministro de 31-90 días (por receta pedida por correo). El copago que se muestra es por receta por venta minorista. El costo por receta pedida por correo es 2.5 veces mayor que el costo por receta por venta minorista.
	Medicamentos de marca preferidos	40% coseguro	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	40% coseguro	Sin cobertura	
	Medicamentos especiales	40% coseguro	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	40% coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
	Arancel del médico/cirujano	40% coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
Si necesita atención inmediata	Atención en la sala de emergencia	40% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Traslado por emergencia médica	40% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Atención urgente	\$75 por visita	\$75 por visita	Ninguna
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	40% coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
	Arancel del médico/cirujano	40% coseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
Si necesita servicios por problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso	Servicios para pacientes ambulatorios	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	40% 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.brighthouseplan.com](#).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		proveedor de la red (usted pagará la cantidad mínima)	proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad máxima)	
de sustancias				
Si está embarazada	Visitas al consultorio	40% coaseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales de parto y alumbramiento	40% coaseguro	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 parto y alumbramiento	40% coaseguro	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	40% coaseguro	Sin cobertura	Limitado a 28 horas por semana. Los servicios requieren autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	40% coaseguro	Sin cobertura	Combinado dentro/fuera de la red límite de 20 visitas al año para terapia del habla.
	Servicios de recuperación de las habilidades	40% coaseguro	Sin cobertura	Combinado dentro/fuera de la red límite de 20 visitas al año por tipo de terapia para fisioterapia y terapia ocupacional. Sin límite para niños hasta los 5 años con defectos congénitos; No hay límite de terapia para el autismo.
	Cuidado de enfermería especializado	40% coaseguro	Sin cobertura	Limitado a 100 días por año. Los servicios requieren autorización previa.
	Equipo médico duradero	40% coaseguro	Sin cobertura	Los servicios requieren autorización previa.
	Cuidado de hospicio	40% coaseguro	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 un par de anteojos, incluidos marcos y cristales o lentes de contacto, cada dos años.
	Consulta dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	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.brighthouseplan.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los 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">• Atención a largo plazo• Atención dental (adultos)• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none">• Atención de la vista de rutina (adultos)• Cirugía estética• Cuidado de los pies de rutina• 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• Cuidado quiropráctico | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Tratamiento de infertilidad | <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería privada |
|--|---|---|

Su derecho para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con su cobertura luego de que esta finalice. Puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros al 303-894-7499, al número gratuito 1-800-930-3745, por FAX al 303-894-7455 o por correo electrónico a insurance@dora.state.co.us. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura individual de seguro adquirida a través de Connect for Health Colorado. Para obtener más información sobre Connect for Health Colorado, visite www.connectforhealthco.com o llame al 1-855-PLANS-4-YOU.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: existen 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: Bright Health en www.brighthealthplan.com o al 1-855-827-4448.

¿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 usted tiene 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 1-855-827-4448.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-827-4448.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 打☐☐个号☐ 1-855-827-4448.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-855-827-4448.

-----*Para ejemplos sobre 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 sobre cómo cubriría este [plan](#) los servicios médicos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio 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 están basados en cobertura por miembro solamente.

Peg está por tener un bebé (9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ Deducible general del plan	\$6,000
■ Coseguro del especialista	40%
■ Coseguro del centro hospitalario	40%
■ Otro coseguro	40%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales de parto y alumbramiento
 Servicios en centros para parto y alumbramiento
 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	\$2,940
Copagos	\$0
Coseguro	\$4,960
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$7,960

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de la enfermedad)

■ Deducible general del plan	\$6,000
■ Coseguro del especialista	40%
■ Coseguro del centro hospitalario	40%
■ Otro coseguro	40%

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	\$3,430
Copagos	\$1,060
Coseguro	\$2,290
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es de	\$6,840

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

■ Deducible general del plan	\$6,000
■ Coseguro del especialista	40%
■ Coseguro del centro hospitalario	40%
■ Otro coseguro	40%

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	\$1,160
Copagos	\$0
Coseguro	\$765
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$1,925



Summary of Benefits and Coverage - Addendum

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 (866) 480-7247.

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 (866) 480-7247.

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 (866) 480-7247.

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 (866) 480-7247。

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 (866) 480-7247로 전화하십시오.

Russian

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Bright Health, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону (866) 480-7247.

Amharic

እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Bright Health ጥያቄ ካላችሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ (866) 480-7247 ይደውሉ።

Arabic

ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات، Bright Health، إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص (866) 480-7247 الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب

German

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Bright Health haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer (866) 480-7247 an.



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 (866) 480-7247.

Nepali

यदि तपाईं आफ्ना लादि आफैं आवेनिको काम ििँ, वा कसैलाई मद्दत ििँ हुनुहुन्छ, Bright Health बारे प्रश्नहरू छन् भने आफ्नो मातृभाषामा दनःशुल्क सहायता वा जानकारी पाउने अधिकार छ । िोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँ कुरा िनुुपरे (866) 480-7247 मा फोन िनुुहोस् ।

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 (866) 480-7247.

Japanese

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Bright Healthについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、(866) 480-7247までお電話ください。

Cushite-Oromo

Isin yookan namni biraa isin deeggartan Bright Health irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa (866) 480-7247 tiin bilbilaa.

Persian

داشته باشید حق این را دارید که کمک ، Bright Health اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد . و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید (866) 480-7247 . تماس حاصل نمایید .

Kru

I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Bright Health, U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene I hop wong nni nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel (866) 480-7247.

Ibo

Ọ bụrụ gị, ma o bụ onye I na eyere-aka, nwere ajujụ gbasara Bright Health, I nwere ohere iwenta nye maka na ọmụma na asụsụ gị na akwu gị ụgwọ. I chọrọ I kwurụ onye-ntapịa okwu, kpọ (866) 480-7247.

Yoruba

Bí iwọ, tàbí ẹnikẹni tí o n ranlowọ, bá ní ibeere nípa Bright Health, o ní ẹtọ lati rí iranwo àti ifitónilétí gbà ní èdè rẹ láìsanwó. Látí bá ongbufo kan soṣo, pè sórí (866) 480-7247.