




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC indica cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.ascensionpersonalizedcare.com o llame al 833-600-1311. Consulte el glosario para conocer las definiciones generales de algunos términos frecuentes como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos que aparezcan subrayados. Puede ver el Glosario en <https://www.ascensionpersonalizedcare.com/> o llamar al 833-600-1311 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|--|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible general? | \$9,100 individual/\$18,200 familiar proveedores dentro de la red . | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros familiares en el plan , cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible pagada por todos los familiares alcance el deducible familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que usted alcance su deducible . | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte la 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 alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo plan ? | Para proveedores dentro de la red \$9,100 individual/\$18,200 familiar | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en este plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo general familiar. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Las primas , los cargos de facturación de saldos , penalizaciones por no obtener una preautorización para servicios y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red ? | Sí. Consulte www.ascensionpersonalizedcare.com o llame al 833-600-1311 para obtener una lista de proveedores de la red . | Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba la factura de un proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|------------|--|
| ¿Necesita una remisión para ver a un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión . |

 Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) de este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$25 de copago por visita | No está cubierto | -----ninguno----- |
| | Visita al especialista | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | -----ninguno----- |
| | Atención preventiva/examen médico/vacunas | Sin cargo | No está cubierto | Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagaría. |
| Si se hace una prueba | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | -----ninguno----- |
| | Diagnóstico por imágenes (imágenes por tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.ascensionpersonalizedcare.com/pharmacy/2023_drug_formulary | Medicamentos genéricos | \$15 de copago por receta | No está cubierto | La cobertura está limitada para un suministro para hasta 30 días en farmacia y 90 días de entrega a domicilio; un suministro para hasta 30 días para farmacia y entrega a domicilio para medicamentos especializados . Pueden aplicarse ciertas limitaciones, incluyendo, por ejemplo: autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad. Para los medicamentos de Cigna Patient Assurance Program (Cigna Patient Assurance Program), es posible que pague menos que las cantidades de costos compartidos de farmacia o de entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos que exige el gobierno federal dentro de la red se darán sin cargo. Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | |
| | Medicamentos especializados | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | |
| Si necesita atención médica inmediata | Servicios en la sala de emergencias | Sin costo después de los deducibles | Sin cargo después del deducible de la red | Las hospitalizaciones de emergencia requieren autorización dentro de las 48 horas siguientes a la admisión. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin costo después de los deducibles | Sin cargo después del deducible de la red | La ambulancia que no sea de emergencia no está cubierta fuera de la red. |
| | Atención de urgencia | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | -----ninguno----- |

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si tiene una estancia en el hospital | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Las tarifas del médico/cirujano se incluyen en el copago del centro. Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$25 de copago por visita | No está cubierto | Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| Si usted está embarazada | Visitas en el consultorio | \$25 de copago por visita | No está cubierto | Según el tipo de servicio, podría aplicarse un copago . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido). |
| | Servicios profesionales para el parto/nacimiento | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Los servicios profesionales para el nacimiento y el parto están incluidos en el copago del centro por servicios prestados. |
| | Servicios del centro para el parto/nacimiento | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Se exige autorización previa para partos vaginales que requieran una estancia de más de 48 horas y para partos por cesárea que requieran una estancia de más de 96 horas, o no se pagarán beneficios. |

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales médicas | Atención médica en casa | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Limitado a 100 visitas por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Terapia del habla limitada a 20 servicios por período de beneficios. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios limitados a 20 visitas por período de beneficios para fisioterapia (PT) y 20 visitas por período de beneficios para terapia ocupacional (OT). Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Servicios de habilitación | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Terapia del habla limitada a 20 servicios por período de beneficios. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios limitados a 20 visitas por período de beneficios para fisioterapia (PT) y 20 visitas por período de beneficios para terapia ocupacional (OT). Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Limitado a 90 días por año del plan. Se exige autorización previa o no se pagarán beneficios. |
| | Equipo médico duradero | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Limitado a una peluca por miembro por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa, o no se pagarán beneficios. Consulte su póliza para obtener más información. |
| | Servicios de hospicio | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | -----ninguno----- |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista para niños | \$25 de copago por visita | No está cubierto | Limitado a 1 artículo por año del plan. |
| | Anteojos para niños | Sin costo después de los deducibles | No está cubierto | Limitado a 1 artículo por año del plan. |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | No está cubierto. |

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#), por lo general, NO cubre (lea la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---|
| • Aborto | • Cirugía cosmética | • Atención que no sea de emergencia cuando usted viaje fuera de los EE. UU. |
| • Acupuntura | • Atención dental (adultos) | • Atención de rutina de la vista (adultos) |
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Cuidado de rutina de los pies |
| • Control dental para niños | • Tratamiento por infertilidad | • Programas para bajar de peso |
| | • Atención de largo plazo | |

Otros servicios cubiertos (Puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | |
|---|----------------------|
| • Atención quiropráctica (limitada a 12 visitas por año) | • Enfermería privada |
|---|----------------------|

Su derecho a mantener la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: el plan, administrado por US Health and Life, llamando al 833-600-1311 o visitando <http://www.ascensionpersonalizedcare.com>; el Departamento de Seguros de Indiana (Indiana Department of Insurance), 311 W. Washington Street Suite 100, Indianapolis, IN 46204, llamando al 1-800-622-4461 o visitando <https://www.in.gov/idoi/>; el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/>. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el [Mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#) de seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Seguros de Indiana visitando <https://www.in.gov/idoi/>.

¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado](#) de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por las primas](#).

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple el [estándar de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito fiscal por las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado](#) de seguros.

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (español): Para obtener asistencia en Español, llame al 833-600-1311.

Tagalo (tagalo): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 833-600-1311.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 833-600-1311.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 833-600-1311.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.ascensionpersonalizedcare.com.

Información sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fijese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$9,100
- [Coseguro](#) por [especialista](#) 0%
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios del centro para el parto/nacimiento

[Pruebas diagnósticas](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

| | |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

| | |
|----------------------------|---------|
| Deducibles | \$9,100 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$9,160 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$9,100
- [Coseguro](#) por [especialista](#) 0%
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre enfermedades)

[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

| | |
|----------------------------|---------|
| Deducibles | \$4,300 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,620 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$9,100
- [Coseguro](#) por [especialista](#) 0%
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Servicios en la sala de emergencias](#) (incluyendo suministros médicos)

[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

| | |
|----------------------------|---------|
| Deducibles | \$2,800 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,810 |

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

| | |
|----------------|--|
| Español | Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de US Health and Life Insurance Company, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-600-1311. |
| Arabic | إن كان لديك أو لدى شخص تساعدته أي أسئلة حول شركة US Health and Life Insurance Company، يحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون أي تكلفة. للتحدث مع المترجم الفوري، اتصل على 1-833-600-1311. |
| Chinese | 如果您，或您正在幫助的人，有關於 US Health and Life Insurance Company 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。想要跟一位翻譯員通話，請致電 1-833-600-1311。 |
| Vietnamese | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về US Health and Life, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-600-1311. |
| Albanian | Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, ka pyetje për US Health and Life, keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion falas në gjuhën tuaj. Për të folur me një përkthyes, telefononi numrin 1-833-600-1311. |
| Korean | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 US Health and Life 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-600-1311 로 전화하십시오. |
| Bengali | যদি আপনার, বা আপনি সাহায্য করছেন এমন কারোর, US স্বাস্থ্য এবং জীবন বীমা কোম্পানি (US Health and Life Insurance Company)-এর ব্যাপারে কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় নিখরচায় সাহায্য এবং তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা বলতে 1-833-600-1311 নম্বরে ফোন করুন। |
| Polish | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie US Health and Life, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-833-600-1311. |
| German | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum US Health and Life Insurance Company 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 1-833-600-1311 an. |
| Italian | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su US Health and Life Insurance Company, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-833-600-1311. |
| Japanese | ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、US Health and Life Insurance Company 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。通訳をご希望される場合、1-833-600-1311 までお電話ください。 |
| Russian | Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу US Health and Life Insurance Company, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-833-600-1311. |
| Serbo-Croatian | Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomažete ima pitanje o US Health and Life Insurance Company, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 1-833-600-1311. |
| Tagalog | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa US Health and Life Insurance Company, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalín, tumawag sa 1-833-600-1311. |
| Swahili | Kama wewe, au mtu unaye mpa usaidizi ana maswali kuhusu US Health and Life Insurance Company, Una haki ya kupata habari hii na msaada kwa lugha yako bila gharama. Kuzungumza na mkalimani, piga nambari hii: 1-833-600-1311. |