## Anne Arundel County Government
## BlueChoice Advantage EPO

**Período de cobertura: 01/01/2027 – 12/31/2027**
**Cobertura para:** Individual | **Tipo de plan:** POS

**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 ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.carefirst.com/sbcg o llamar al 1-855-258-6518 para pedir una copia. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.carefirst.com.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuánto es el deducible general?** | Dentro de la red: $100 individual/$200 familiar | Normalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros familiares inscritos en el plan, es posible que cada familiar necesite alcanzar su propio deducible individual O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar, dependiendo de la cobertura del plan. Consulte su contrato para obtener más información. |
| **¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el deducible?** | Sí, todos los servicios de atención preventiva dentro de la red, y los siguientes (solo centros que no sean de un hospital, cuando corresponda): Atención primaria, especialista, clínica retail, prueba de diagnóstico, cirugía ambulatoria, sala de emergencias, transporte médico de emergencia, atención de urgencia, servicios ambulatorios de salud mental, servicios de rehabilitación y servicios de hospicio | 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 y antes de que usted alcance 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 hay otros deducibles específicos. | Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| **¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?** | Atención médica: Dentro de la red: $1,100 individual/$3,600 familiar. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted puede pagar en un año del plan por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en el plan, es posible que cada familiar necesite alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar total, dependiendo de la cobertura del plan. Consulte su contrato para obtener más información. |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?** | Las primas, los cargos de facturación de saldos, la atención médica que este plan no cubre, los copagos para ciertos servicios y las penalizaciones por no obtener la autorización previa para los servicios. | 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.carefirst.com o llame al 855-258-6518 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 pagaría (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita una remisión para ver a un especialista?** | No | Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría 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 visita en el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Proveedor:<br>$15 de copago por visita<br>Centro de un hospital:<br>$25 de copago por visita | Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto | Si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro |
| | Visita a un especialista | Proveedor:<br>$15 de copago por visita<br>Centro de un hospital:<br>$25 de copago por visita | Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto | Si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro |
| | Clínica médica en una farmacia | $15 de copago por visita | No está cubierto | Ninguna |
| | Atención preventiva/ examen médico/vacunas | Sin cargo | No está cubierto | Algunos servicios pueden tener limitaciones o exclusiones según su contrato |
| **Si se hace una prueba** | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Pruebas de laboratorio:<br>No en hospital y en hospital:<br>Sin cargo<br>Radiografías:<br>No en hospital y en hospital:<br>Sin cargo | Pruebas de laboratorio:<br>No en hospital y en hospital: No está cubierto<br>Radiografías:<br>No en hospital y en hospital: No está cubierto | Los beneficios de las pruebas de laboratorio dentro de la red se aplican solo a las pruebas hechas en LabCorp. |
| | Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI) | No en hospital y en hospital:<br>Sin cargo | No en hospital y en hospital:<br>No está cubierto | Ninguna |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría 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** | Medicamentos genéricos | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |
| | Medicamentos de marca preferidos | No está cubierto | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | No está cubierto | No está cubierto | |
| | Medicamentos especializados preferidos | No está cubierto | No está cubierto | |
| | Medicamentos especializados no preferidos | No está cubierto | No está cubierto | |
| **Si tiene una cirugía ambulatoria** | Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | No en hospital y en hospital: $25 de copago por visita | No en hospital y en hospital: No está cubierto | Ninguna |
| | Cargos del médico/cirujano | No en hospital y en hospital: $15 de copago por visita | No en hospital y en hospital: No está cubierto | Ninguna |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | $75 de copago por visita | Pagado como dentro de la red | Limitado a servicios de emergencia o inesperados, servicios que se necesiten con urgencia; se pueden aplicar cargos profesionales; sin copago si lo hospitalizan |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Pagado como dentro de la red | Ninguna |
| | Atención de urgencia | $35 de copago por visita | No está cubierto | Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia |
| **Si lo hospitalizan** | Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital) | Deducible, luego sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa |
| | Cargos del médico/cirujano | Sin cargo | No está cubierto | Ninguna |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias** | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita en el consultorio: $15 de copago por visita Centro de un hospital: Sin cargo | Visitas en el consultorio y centro de hospital: No está cubierto | Para el tratamiento en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios podrían aplicarse cargos adicionales |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Deducible, luego sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa; podrían aplicarse cargos profesionales adicionales |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría 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 está embarazada** | Visitas en el consultorio | Sin cargo | No está cubierto | Solo para visitas en el consultorio pre/posnatales de rutina. Para atención obstétrica que no sea de rutina o complicaciones del embarazo, es posible que se apliquen los costos compartidos. |
| | Servicios profesionales para el parto/nacimiento | Sin cargo | No está cubierto | Ninguna |
| | Servicios del centro para el parto/nacimiento | Deducible, luego sin cargo | No está cubierto | Es posible que se apliquen tarifas profesionales adicionales |
| **Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales** | Atención médica en casa | Deducible, luego sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa |
| | Servicios de rehabilitación | Proveedor:<br>$15 de copago por visita<br>Centro de un hospital:<br>Sin cargo | Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto | Si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro<br>Los beneficios de las terapias del habla, física y ocupacional se limitan a 150 visitas combinadas por período de beneficios |
| | Servicios de habilitación | Proveedor:<br>$15 de copago por visita<br>Centro de un hospital:<br>Sin cargo | Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto | Se requiere autorización previa después de la primera visita. Los beneficios solo se aplican a los miembros menores de 19 años<br>Si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro |
| | Atención de enfermería especializada | Deducible, luego sin cargo | No está cubierto | Se exige autorización previa<br>Los beneficios se limitan a 120 días por período de beneficios |
| | Equipo médico duradero | Deducible, luego sin cargo | No está cubierto | Ninguna |
| | Servicios de hospicio | Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: Sin cargo | Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: No está cubierto | Se exige autorización previa |
| **Si su hijo necesita atención dental o de la vista** | Examen de la vista para niños | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |
| | Anteojos para niños | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía cosmética
- Cobertura dada fuera de los EE. UU. Visite www.carefirst.com
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina de la vista
- Atención de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).**

- Aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Aparatos auditivos
- Tratamiento por infertilidad
- 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: Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor), visitando http://www.dol.gov/ebsa/healthreform, o llamando al 1-866-444-EBSA (3272); o Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), visitando http://www.cciio.cms.gov, o llamando al 1-877-267-2323 ext. 61565. 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 una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor), visitando http://www.dol.gov/ebsa/healthreform, o llamando al 1-866-444-EBSA (3272); o Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), visitando http://www.cciio.cms.gov, o llamando al 1-877-267-2323 ext. 61565.

**¿Da este plan 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 otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para recibir el crédito fiscal por las primas.

**¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo?** **Sí**
Si su plan no cumple el estándar de valor mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por las primas que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado de seguros.

**Servicios de acceso a idiomas:**
Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-258-6518.
Tagalo (tagalo): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-6518.
Chino (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-258-6518.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-258-6518.

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

## 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. Fíjese 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** $
- **Especialista *[costo compartido]*** $
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** %
- **Otros *[costo compartido]*** %

**Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto/nacimiento
Servicios del centro para el parto/nacimiento
Pruebas de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita con el especialista *(anestesia)*

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $ |
| Copagos | $ |
| Coseguro | $ |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $ |
| **El total que Peg pagaría es** | **$** |

### Manejo 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** $
- **Especialista *[costo compartido]*** $
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** %
- **Otros *[costo compartido]*** %

**Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:**
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluyendo educación sobre enfermedades)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $ |
| Copagos | $ |
| Coseguro | $ |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $ |
| **El total que Joe pagaría es** | **$** |

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

- **El deducible general del plan** $
- **Especialista *[costo compartido]*** $
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** %
- **Otros *[costo compartido]*** %

**Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:**
Servicios en la sala de emergencias *(incluyendo suministros médicos)*
Prueba de diagnóstica *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

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

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $ |
| Copagos | $ |
| Coseguro | $ |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $ |
| **El total que Mia pagaría es** | **$** |

El plan sería responsable de los otros costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.