Anne Arundel County Government
BlueChoice Advantage PPO

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: $125 individual/$250 familiar; Fuera de la red: $500 individual/$1,000 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, atención médica retail, radiografías en consultorio, sala de emergencias, transporte médico de emergencia, atención de urgencia, servicios ambulatorios de salud mental, atención médica en casa, 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: $500 individual/$1,000 familiar; Fuera de la red: $1,500 individual/ $3,000 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: $15 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Visita a un especialista	Proveedor: $35 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	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	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Atención preventiva/examen médico/vacunas	Sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	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: No en hospital y en hospital: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital: Sin cargo Hospital: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Pruebas de laboratorio: No en hospital y en hospital: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital y en hospital: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	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: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	No en hospital y en hospital: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	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: Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	No en hospital y en hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Cargos del médico/cirujano	No en hospital y en hospital: $15 de copago por visita	No en hospital y en hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	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	$35 de copago por visita	Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa
	Cargos del médico/cirujano	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	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: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Para el tratamiento en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios podrían aplicarse cargos adicionales
	Servicios para pacientes hospitalizados	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	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	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	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	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Es posible que se apliquen tarifas profesionales adicionales
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en casa	Sin cargo	Sin cargo	Se exige autorización previa
	Servicios de rehabilitación	Proveedor y hospital: $35 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro Los beneficios de las terapias del habla, física y ocupacional se limitan a 300 visitas combinadas por período de beneficios
	Servicios de habilitación	Proveedor y hospital: $35 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se requiere autorización previa después de la primera visita. Los beneficios solo se aplican a los miembros menores de 19 años Si el servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Atención de enfermería especializada	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa para proveedores fuera de la red. Los beneficios para proveedores fuera de la red se limitan a 120 días por período de beneficios. Ilimitado para proveedores dentro de la red
	Equipo médico duradero	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Deducible, luego del 5% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios de hospicio	Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: Sin cargo	Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: Sin cargo	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
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- 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
- Cobertura dada fuera de los EE. UU. Visite www.carefirst.com
- Aparatos auditivos
- Tratamiento por infertilidad
- Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- 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 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.