

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Marymount University, Inc  
BlueChoice Advantage HSA

Período de cobertura: 01/01/2025 – 12/31/2025  
Cobertura para: Individual | Tipo de plan: POS-HSA

 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 del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.carefirst.com/sbcg](http://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](http://www.carefirst.com).

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> general?	Dentro de la red: \$1,650 individual/ \$3,300 familiar; fuera de la red: \$3,300 individual/\$6,600 familiar	Normalmente, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene a otros familiares inscritos en el <a href="#">plan</a> , es posible que cada familiar necesite alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el <a href="#">deducible</a> familiar general antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar, dependiendo de la cobertura del <a href="#">plan</a> . Consulte su contrato para obtener más información.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el <a href="#">deducible</a> ?	Sí, todos los servicios de atención preventiva dentro de la red.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Pero se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Medicamentos con receta y servicios médicos combinados.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Medicamentos con receta y servicios médicos combinados: Dentro de la red: \$3,500 individual/\$7,000 familiar; Fuera de la red: \$7,000 individual/\$14,000 familiar.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que usted puede pagar en un año del <a href="#">plan</a> por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en el <a href="#">plan</a> , es posible que cada familiar necesite alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total, dependiendo de la cobertura del <a href="#">plan</a> . Consulte su contrato para obtener más información.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	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 <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si lo atiende un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.carefirst.com">www.carefirst.com</a> o llame al 855-258-6518 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba la factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su <a href="#">plan</a> pagaría ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesito una <a href="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">remisión</a> .

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 <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Si un servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Si un servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Clínica retail	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/examen médico</a> /vacunas	Sin cargo	20% del beneficio permitido	Algunos servicios pueden tener limitaciones o exclusiones según su contrato
Si se hace una prueba	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Pruebas de laboratorio: No en hospital y hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital y hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Pruebas de laboratorio: No en hospital y hospital: Deducible, luego 40% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital y hospital: Deducible, luego 40% 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 hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 40% 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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b>  Puede encontrar más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.carefirst.com/rxgroup">www.carefirst.com/rxgroup</a>	Medicamentos genéricos	Deducible, luego 20% del beneficio permitido hasta un mínimo de \$10 y un máximo de \$20	No está cubierto	Para todos los medicamentos con receta: Se puede exigir autorización previa para ciertos medicamentos; sin cargo para medicamentos preventivos o anticonceptivos; el copago se aplica a un suministro para 34 días; el suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento tiene 2 copagos; Medicamentos especializados: Proveedores participantes: Están cubiertos cuando se compran mediante la red Exclusive Specialty Pharmacy Proveedores no participantes: No está cubierto
	Medicamentos de marca preferidos	Deducible, luego 20% del beneficio permitido hasta un mínimo de \$25 y un máximo de \$50	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Deducible, luego 20% del beneficio permitido hasta un mínimo de \$40 y un máximo de \$80	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> preferidos	Deducible, luego 20% del beneficio permitido hasta un mínimo de \$10 y un máximo de \$20/mínimo de \$25 y máximo de \$50/mínimo de \$40 y máximo de \$80; Deducible, luego el 50% del beneficio permitido hasta \$100	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> no preferidos	Deducible, luego 20% del beneficio permitido hasta un mínimo de \$10 y un máximo de \$20/mínimo de \$25 y máximo de \$50/mínimo de \$40 y máximo de \$80; Deducible, luego el 50% del beneficio permitido hasta \$100	No está cubierto	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No en hospital y hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
	Cargos del médico/ cirujano	No en hospital y hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 40% 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)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Pagado como dentro de la red	Se limita a servicios de emergencias o inesperados que se requieran con urgencia; se pueden aplicar cargos profesionales adicionales
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Pagado como dentro de la red	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia
<b>Si lo hospitalizan</b>	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Se exige autorización previa
	Cargos del médico/cirujano	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas en el consultorio y centro de hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Visitas en el consultorio y centro de hospital: Deducible, luego 40% 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 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Se exige autorización previa; podrían aplicarse cargos profesionales adicionales
<b>Si está embarazadas</b>	Visitas en el consultorio	Sin cargo	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Solo para visitas en el consultorio pre/posnatales de rutina. Para atención obstétrica que no sea de rutina o complicaciones de embarazo, es posible que se apliquen los costos compartidos.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Es posible que se apliquen 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)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<a href="#">Atención médica en casa</a>	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Se exige autorización previa Los beneficios se limitan a 90 días por período de beneficios. Se renueva cuando no se recibe atención durante 60 días consecutivos.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Si un servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto	Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto	Ninguna
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Se requiere una autorización previa. Limitado a 60 días por período de beneficios
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Se exige autorización previa Máximo de hospicio: Los beneficios se limitan a 180 días de por vida, para pacientes hospitalizados/ambulatorios combinados; 180 como paciente hospitalizado, de por vida Duelo: Los servicios deben prestarse dentro de los 90 días después de la muerte de un miembro cubierto Consejería familiar: Se aplica al máximo de 180 días para cuidados de hospicio Atención médica de relevo: Los beneficios están limitados a 3 períodos de 48 horas en un período de 180 días.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$10 de copago por visita	El plan paga \$33; el miembro paga el saldo	Los beneficios están limitados a 1 consulta por período de beneficios
	Anteojos para niños	Programas de descuento disponibles para todos los miembros	No está cubierto	Los beneficios están limitados a 1 par de anteojos o un juego de lentes de contacto por período de beneficios
	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](#)).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adulto)
- Aparatos auditivos
- Atención de largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado 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
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Cobertura que se da fuera de los EE. UU. Consulte [www.carefirst.com](http://www.carefirst.com)
- Tratamiento por infertilidad
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de la vista de rutina

**Su derecho a mantener la cobertura:** Hay organismos 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 del Departamento de Trabajo (Department of Labor Employee Benefits Security Administration), 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 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight), 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](http://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 del Departamento de Trabajo, 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 del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 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.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-6518.

Chinese (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, kwijigo 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 el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,650
■ <a href="#">Coseguro</a> por <a href="#">especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (centro)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio de un 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	\$1,650
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,670
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,330</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,650
■ <a href="#">Coseguro</a> por <a href="#">especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (centro)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la 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	\$1,650
Copagos	\$305
Coseguro	\$695
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,650</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,650
■ <a href="#">Coseguro</a> por <a href="#">especialista</a>	20%
■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (centro)	20%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
 Prueba de diagnóstico (*radiografías*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo** \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,650
Copagos	\$10
Coseguro	\$228
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,888</b>

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