Marymount University, Inc
BlueChoice Advantage High Option

Período de cobertura: 01/01/2025 – 12/31/2025
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 del 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: $600 individual/$1,200 familiar; Fuera de la red: $1,200 individual/$2,400 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, de especialistas, en clínica retail, pruebas de diagnóstico, atención de urgencia y servicios ambulatorios de salud mental	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del deducible. Pero se podría aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que 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?	Medicamentos con receta y servicios médicos combinados: Dentro de la red: $3,000 individual/ $6,000 familiar; fuera de la red: $6,000 individual/ $12,000 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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite www.carefirst.com o llame al 855-258-6518 para obtener una lista de proveedores dentro 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.
¿Necesito 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 una enfermedad	Proveedor: $25 de copago por visita 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 especialista	Proveedor: $40 de copago por visita 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	$25 de copago por visita	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
	Atención preventiva/ examen médico/ vacunas	Sin cargo	40% del beneficio permitido	Algunos servicios pueden tener limitaciones o exclusiones según su contrato

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 se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Pruebas de laboratorio: No en hospital: $25 de copago por visita a PCP/$40 de copago por visita a especialista Hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital: $25 de copago por visita a PCP/$40 de copago por visita a especialista 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: $25 de copago por visita a PCP/$40 de copago por visita a especialista Hospital: Deducible, luego 20% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la **cobertura de medicamentos con receta** en www.carefirst.com/rxgroup	Medicamentos genéricos	$10 de copago	Pagado como dentro de la red	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	$35 de copago	Pagado como dentro de la red	
	Medicamentos de marca no preferidos	$60 de copago	Pagado como dentro de la red	
	Medicamentos especializados preferidos	$10/$35/$60 de copago; 50% del beneficio permitido hasta $75	No está cubierto	
	Medicamentos especializados no preferidos	$10/$35/$60 de copago; 50% del beneficio permitido hasta $75	No está cubierto	

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 se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No en hospital y hospital: Deducible, luego $100 de copago por visita, 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
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Deducible, luego $150 de copago por visita	Pagado como dentro de la red	Limitado a servicios de emergencias o inesperados, servicios que se necesiten con urgencia; se pueden aplicar cargos profesionales; sin copago si lo hospitalizan
	Transporte médico de emergencia	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Pagado como dentro de la red	Ninguna
	Atención de urgencia	$40 de copago por visita	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia
Si lo hospitalizan	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
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas en el consultorio: $25 de copago por visita Centro de hospital: $100 de copago por visita, luego el 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
Si está embarazada	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)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en casa	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.
	Servicios de rehabilitación	Proveedor: Deducible, luego $40 de copago por visita, luego 20% del beneficio permitido 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
	Servicios de habilitación	Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto	Proveedor y centro de un hospital: No está cubierto	Ninguna
	Atención de enfermería especializada	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Se requiere una autorización previa; los beneficios están limitados a 60 días por período de beneficios
	Equipo médico duradero	Deducible, luego 20% del beneficio permitido	Deducible, luego 40% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios de hospicio	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 días como paciente hospitalizado, de por vida Duelo: Los servicios deben prestarse dentro de los 90 días después de la muerte de un miembro cubierto Atención médica de relevo: Los beneficios están limitados a 3 períodos de 48 horas en un período de 180 días.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	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	• Aparatos auditivos	• Cuidado de rutina de los pies
• Cirugía cosmética	• Atención de largo plazo	• Programas para bajar de peso
• Atención dental (adulto)	• Enfermería privada	

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
• Aborto	• Cobertura que se da fuera de los EE. UU. Consulte www.carefirst.com	• Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
• Cirugía bariátrica	• Tratamiento por infertilidad	• Atención de rutina de la vista
• Atención quiropráctica		

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 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, 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 el hospital)

- **El deducible general del plan** **$600**
- ***Copago* por especialista** **$40**
- ***Coseguro* por hospital (centro)** **20%**
- **Otro *copago*** **$25**

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	$600
Copagos	$125
Coseguro	$1,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$10
El total que Peg pagaría es	**$2,435**

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** **$600**
- ***Copago* por especialista** **$40**
- ***Coseguro* por hospital (centro)** **20%**
- **Otro *coseguro*** **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	$600
Copagos	$710
Coseguro	$124
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,434**

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

- **El deducible general del plan** **$600**
- ***Copago* por especialista** **$40**
- ***Copago* por hospital (centro)** **$150**
- **Otro *copago*** **$25**

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	$600
Copagos	$450
Coseguro	$118
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,168**

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