

MotivHealth Insurance Company: HSA 2800

School District No. 1, City and County of Denver



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-234-4472. Para ver las definiciones de los términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cuidadodesalud.gov/es/glossary

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible total?	\$2,800 individual/\$5,600 familia. No se aplica a la atención preventiva. Para los proveedores fuera de la red. \$5,000 individual/\$10,000 familia.	Eno general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Atención preventiva.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un 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 deducible para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar otro deducible por servicios específicos.
¿Cuánto es el limite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para los proveedores en la red \$3,000 individual/ \$6,000 familia. Para los proveedores fuera de la red \$10,000 individual/ \$20,000 familia	El límite a los gastos directos del bolsillo, a veces llamado el desembolso máximo, es el máximo que podría pagar usted durante un periodo de cobertura por servicios cubiertos. Este máximo sirve de ayudarle a planificar para los gastos del cuidado de salud. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el limite de gastos de bolsillo ?	Primas, la diferencia entre las cantidades facturadas y permitidas, cuidado de salud que este plan no cubre, y gastos ineligibles.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite dps.MotivHealth.com o llame al 1-844-234-4472.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una dericaión para atenderse un especialista ?	No.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista.



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
	Consulta con especialista	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
	Atención preventiva/ evaluación/ vacuna	No charge	Sin cargo hasta cantidad autorizada	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% Después del deducible	50% Después del deducible	Se aplica autorización previa
Si necesita medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en dps.motivhealth.com	Medicamentos genéricos	20% Después del Deducible	N/A	
	Medicamentos de marcas preferidas	20% Después del Deducible	N/A	
	Medicamentos de marcas no preferidas	20% Después del Deducible	N/A	
	Medicamentos especializados	20% Después del Deducible	N/A	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% Después del deducible en hospital 10% Después del deducible centro de cirugía ambulatoria	50% Después del deducible	
	Tarifas del médico/cirujano	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% Después del deducible	20% Después del deducible	El utilizar estos beneficios fuera de la red se aplicará a los beneficios en la red hasta la cantidad autorizada
	Transporte médico de emergencia	20% Después del deducible hasta el máximo de \$500	20% Después del deducible	El utilizar estos beneficios fuera de la red se aplicará a los beneficios en la red hasta la cantidad autorizada
	Atención de urgencia	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% After Deducible	50% Después del deducible	Se requiere pre-certificación excepto para el cuidado de la maternidad.
	Tarifas del médico/cirujano	20% After Deducible	50% Después del deducible	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% Después del deducible	50% Después del deducible	Cargo de instalaciones requiere autorización previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% Después del deducible	50% Después del deducible	No están cubiertos los partos en casa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% Después del deducible	50% Después del deducible	No están cubiertos los partos en casa.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
	Servicios de rehabilitación	20% Después del deducible	50% Después del deducible	Las visitas para fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del lenguaje juntos se limiten a 60 visitas en total por año
	Servicios de habilitación	20% Después del deducible	50% Después del deducible	Las visitas para fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del lenguaje juntos se limiten a 60 visitas en total por año
	Atención de enfermería especializada	20% Después del deducible	50% Después del deducible	Las visitas para fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del lenguaje juntos se limiten a 60 visitas en total por año
	Equipo médico duradero	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% Después del deducible	50% Después del deducible	
Si necesita servicios de cuidado de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	50% Después del deducible	Limitado a un solo examen por año.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

• Acupuntura	• Cirugía bariátrica	• Cirugía cosmética
• Cuidado dental	• Cuidado de plazo largo	• Cuidado rutinario de los pies
• Cuidado que no sea de emergencia fuera de los EEUU	• Enfermería de servicio privada	• Examen de la vista (adulto)
• Los audífonos	• Programas de adelgazamiento	• Tratamiento de infertilidad

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

• Servicios de quiropráctico (Limitado a 25 servicios por año)
--

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto del Department of Labor's Employee Benefits Security Administration es 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. 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, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con MotivHealth al 1-844-234-4472.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-234-4472.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-234-4472.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-234-4472.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-234-4472.]

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que de hecho reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y varios otros factores. Enfóquese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos, y coseguros) y servicios excluidos dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$2,800
■ Especialista	20%
■ Hospital (instalaciones)	20%
■ Otro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$7,540

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$3,000

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$2,800
■ Especialista	20%
■ Hospital (instalaciones)	20%
■ Otro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$5,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$3,000

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$2,800
■ Especialista	20%
■ Hospital (instalaciones)	20%
■ Otro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$2,000

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,000

El [plan](#) sería responsable por el resto de costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO