



The Rasmussen Group PPO



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:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se dará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para recibir una copia de los términos completos de cobertura, visite www.wellmark.com o llame al 1-800-524-9242. 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.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-524-9242 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$2,000 por persona/ \$4,000 por familia por año calendario. Fuera de la <u>red</u> : \$2,000 individual/ \$4,000 familiar por año calendario.	Normalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros familiares en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> por persona hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> pagada por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> total por familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. El control del niño sano, la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> , las pruebas de laboratorios independientes dentro de la <u>red</u> y los servicios sujetos a <u>copagos</u> médicos y de la tarjeta de medicamentos están cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no alcanzó la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, puede aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No. No hay otros <u>deducibles</u> .	No tiene que alcanzar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$4,500 individual/ \$9,000 familiar por año calendario. Fuera de la <u>red</u> : \$9,000 individual/ \$18,000 familiar por año calendario.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los <u>copagos</u> , los costos de sus medicamentos con tarjeta, los <u>cargos de facturación de saldos</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagaré menos si lo atiende un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite www.wellmark.com o llame al 1-800-524-9242 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si lo atiende un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si lo atiende un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que el <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <u>remisión</u> para que lo atienda un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los copagos y coseguros de este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor dentro de la red (IN)</u> (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor fuera de la red (OON)</u> (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si hace una visita en el consultorio o clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención médica básica para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	Visita con un <u>especialista</u>	\$35 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	40% de <u>coseguro</u>	Los exámenes de audición de rutina están cubiertos hasta los 21 años.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	Un examen preventivo y un examen ginecológico por año calendario. Una mamografía por año calendario. El control del niño sano se cubre hasta los 7 años. Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se hace una prueba	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Para una prueba en el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> , su costo se incluye en los costos compartidos indicados arriba. Las pruebas de laboratorios independientes dentro de la <u>red</u> para servicios de salud mental/abuso de sustancias no están sujetos a un <u>coseguro</u> . Se aplica el 20% de <u>coseguro</u> a las mamografías.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Para una prueba en el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> , su costo se incluye en los costos compartidos indicados arriba.

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red</u> (IN) (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red</u> (OON) (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura para medicamentos recetados</u> en www.wellmark.com/prescriptions .	Nivel 1	\$10 de <u>copago</u> por receta	\$10 de <u>copago</u> por receta	Los medicamentos de la lista de medicamentos Blue Rx Value Plus de Wellmark están cubiertos. Los medicamentos no mencionados en esta Lista de medicamentos no están cubiertos. Para <u>medicamentos recetados</u> fuera de la <u>red</u> , es posible que reciba una factura por el saldo. 1 <u>copago</u> por un suministro para 31 días (farmacia). 1 <u>copago</u> por un suministro para 30 días (farmacia de mantenimiento). 1 <u>copagos</u> para un suministro de 31 días (mantenimiento con envío por correo). 2 <u>copagos</u> para un suministro de 93 días (mantenimiento con envío por correo). Los <u>medicamentos especializados</u> inyectables están cubiertos por el plan médico y los <u>medicamentos especializados</u> bucales están cubiertos por el <u>plan</u> de la tarjeta de medicamentos y su costo compartido está determinado por su lugar en la Lista de medicamentos completa Blue Rx de Wellmark. Consulte wellmark.com/prescriptions para obtener información sobre los medicamentos y las cantidades de medicamentos que necesitan autorización previa de Wellmark para que su plan los cubra.
	Nivel 2	\$50 de <u>copago</u> por medicamentos recetados	\$50 de <u>copago</u> por medicamentos recetados	
	Nivel 3	\$80 de <u>copago</u> por medicamento con receta	\$80 de <u>copago</u> por medicamento con receta	
	Medicamentos especializados	Igual que el costo compartido de arriba según la categoría de medicamento.	Igual que el costo compartido de arriba según la categoría de medicamento.	
Si debe someterse a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	Tarifas del <u>médico/cirujano</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor dentro de la red (IN)</u> (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor fuera de la red (OON)</u> (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Para <u>condiciones médicas de emergencia</u> tratadas fuera de la <u>red</u> , es posible que reciba una factura por el saldo.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Para situaciones cubiertas que no sean de emergencia, los servicios de ambulancia fuera de la <u>red</u> NO se reembolsan como dentro de la <u>red</u> . Es posible que se le cobre al miembro por cualquier servicio fuera de la <u>red</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	\$35 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	Tarifas del <u>médico/cirujano</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Consultorio: \$35 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonido). Los costos compartidos no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Para todos los servicios dentro de la <u>red</u> que estén fuera de la atención obstétrica de rutina, se pueden aplicar los beneficios mostrados arriba de la visita en el consultorio.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los beneficios reflejan los servicios de profesionales ginecólogos y obstetras (OB/GYN) que normalmente se facturan juntos a la hora del parto para obtener servicios prenatales, posnatales y de parto.
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor dentro de la red (IN)</u> (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor fuera de la red (OON)</u> (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales médicas	<u>Atención médica en casa</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Consultorio: \$35 de <u>copago por proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	<u>Servicios de habilitación</u>	Consultorio: \$35 de <u>copago por proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 90 días por año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	-----Ninguno-----
	<u>Servicios de hospicio</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	La atención de relevo en hospicio se limita a 15 días para pacientes hospitalizados y 15 días para pacientes ambulatorios de por vida.
	Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto
Anteojos para niños		No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----
Control dental para niños		No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención de custodia (en la casa o en un centro)
- Atención dental (adulto)
- Control dental
- Enfermería especializada extendida en la casa
- Examen de la vista
- Anteojos
- Audífonos
- Atención de largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Atención de rutina de los pies
- Algunos medicamentos de farmacia no están cubiertos
- 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).

- Atención quiropráctica
- Tratamiento de fertilidad (excluye algunos servicios)
- La mayor parte de la cobertura dada fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada (enfermería intermitente de corto plazo especializada en la casa)

Su derecho a mantener la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si usted quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: el Departamento de Trabajo de los EE. UU., la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Sus derechos de quejas formales y apelaciones: 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, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también dan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener ayuda, puede comunicarse con: Wellmark llamando al 1-800-524-9242 o con la Administración Seguridad de Beneficios para los Empleados llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan da 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 algunas otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para recibir el crédito fiscal para la prima.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? No

Si su plan no cumple el estándar de valor mínimo, es posible que sea elegible para recibir un crédito fiscal por las primas que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado de seguros.

————— Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la página siguiente. —————

Wellmark Blue Cross and Blue Shield of Iowa es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Aquí se incluye solo una descripción parcial de los beneficios, limitaciones, exclusiones y otras disposiciones del plan de atención médica. No es un contrato ni una póliza. Solo es una descripción general. No da toda la información de la cobertura, como los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de la póliza. En caso de que haya diferencias entre este documento y el manual de cobertura, certificado de cobertura o póliza de cobertura, los términos y condiciones que aplican son los del manual de cobertura, certificado de cobertura o póliza de cobertura.

Información 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 que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fijese en las cantidades de los 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 <u>deducible</u> general del plan	\$2,000
■ <u>Copago</u> por PCP	\$35
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios del centro para el parto/nacimiento

Exámenes de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

Visita con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$2,000
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$1,800

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$60
------------------------------	-------------

El total que Peg pagaría es	\$4,060
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$2,000
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)

Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos recetados

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$50
<u>Copagos</u>	\$1,600
<u>Coseguro</u>	\$0

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$20
------------------------------	-------------

El total que Joe pagaría es	\$1,670
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$2,000
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)

Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
---------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$1,900
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$0
------------------------------	------------

El total que Mia pagaría es	\$2,100
------------------------------------	----------------

Las cantidades que se muestran en el ejemplo de reclamo de maternidad de arriba se basan en cantidades que usan un deducible único por persona. Algunos planes pueden aplicar un deducible para dos personas o para una familia en los servicios de maternidad de la madre y del recién nacido.

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