
	<p>El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) es un documento que te ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo tú y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. TEN EN CUENTA LO SIGUIENTE: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre tu cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita www.harvardpilgrim.org/LGsampleEOC. Para obtener una definición de los términos de uso común, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulta el Glosario. Puedes ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-333-4742 para solicitar una copia.</p>
---	--

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Deducible médico y de medicamentos recetados: \$6,000 individual/\$12,000 familiar Los beneficios se administran por año calendario.	Por lo general, deberás pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tienes otros familiares en la póliza, cada familiar debe alcanzar su deducible individual hasta que se alcance el monto del deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de que alcances tu deducible ?	Sí, los servicios de atención preventiva y los exámenes de la vista de rutina están cubiertos antes de que alcances tu deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcances tu deducible . Consulta la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcances los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,450 individual/\$12,900 familiar	El límite de gastos directos del bolsillo es el máximo que podrías pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tienes otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su límite de gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite familiar general de gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Qué no se incluye en el límite de gastos directos del bolsillo ?	No se incluyen primas , cargos por facturaciones de saldos ni la atención médica que no cubre este plan .	Aunque pagues estos gastos, no cuentan para alcanzar el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagarás menos si te atiendes con un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visita https://www.harvardpilgrim.org/public/find-a-provider o llama al 1-888-333-4742 para ver una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagarás menos si te atiendes con un proveedor dentro de la red del plan . Pagarás el mayor costo si te atiendes con un proveedor fuera de la red , y es posible que recibas una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que tu plan paga (facturación del saldo). Ten en cuenta que tu proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulta con tu proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesitas una remisión para consultar con un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de consulta con un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si obtienes una remisión antes de la consulta con el especialista .

	Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla se aplican una vez que alcanzas tu deducible si hubiera un deducible .
---	---

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
Si visitas el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
	Visita al especialista	20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
	Atención preventiva/exámenes /vacunas	Sin cargo; no se aplica el deducible	No cubierto.	Es posible que tengas que pagar los servicios que no se consideran de atención preventiva. Pregúntale a tu proveedor si los servicios que necesitas son de atención preventiva. Luego, verifica lo que pagará tu plan .
Si te haces un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Radiografías: 20 % de coseguro Estudios de laboratorio: 20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
	Diagnóstico por imagen (CT, estudio PET, MRI)	20 % de coseguro	No cubierto.	Los costos compartidos pueden variar para algunos servicios de estudios de imágenes.

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
Si necesitas medicamentos para tratar tu enfermedad o condición médica Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados , visita www.harvardpilgrim.org/2025Value4T	Medicamentos genéricos	Nivel 1 de suministros de farmacia para 30 días: \$10 de copago /receta Nivel 1 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$20 de copago /receta	No cubierto.	Formulario de valores: cubre una lista limitada; no se cubren todos los medicamentos. Tú pagas el precio minorista para los medicamentos de las farmacias fuera de la red y recibes el reembolso menos el monto del costo compartido que corresponde. Se cubre solo fuera del área de servicio.
	Medicamentos de marcas preferidas	Nivel 2 de suministros de farmacia para 30 días: \$35 de copago /receta Nivel 2 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$70 de copago /receta	No cubierto.	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Nivel 3 de suministros de farmacia para 30 días: \$60 de copago /receta Nivel 3 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$120 de copago /receta	No cubierto.	
	Medicamentos especializados	Nivel 3 de suministros de farmacia para 30 días: \$60 de copago /receta Nivel 3 de suministros de pedido por correo para 90 días: \$120 de copago /receta Nivel 4 de suministros de farmacia para 30 días: 30 % de coseguro hasta \$250 Nivel 4 de suministros de pedido por correo para 90 días: 30 % de coseguro hasta \$500	No cubierto.	Algunos medicamentos se deben comprar en una farmacia especializada.
Si te sometes a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro	No cubierto.	

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
Si necesitas atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % de coseguro		No hay.
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro		No hay.
	Atención de urgencia	Centro de atención de urgencia: 20 % de coseguro	Centro de atención de urgencia: No cubierto.	Los proveedores no participantes solo se cubren fuera del área de servicio. Los costos compartidos pueden variar según el lugar.
Si te hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., cuarto de hospital)	20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
	Honorarios del médico/ cirujano	20 % de coseguro	No cubierto.	
Si necesitas servicios de salud mental o conductual, o servicios para el tratamiento de toxicomanías	Servicios para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
Si estás embarazada	Visitas al consultorio	20 % de coseguro	No cubierto.	Los costos compartidos no aplican para los servicios preventivos (como las visitas prenatales de rutina).
	Servicios profesionales de parto	20 % de coseguro	No cubierto.	
	Servicios en centros de partos	20 % de coseguro	No cubierto.	
Si necesitas ayuda para recuperarte o tienes otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	20 % de coseguro	No cubierto.	No hay.
	Servicios de rehabilitación	Terapia física: 20 % de coseguro	No cubierto.	Terapia del habla, física y ocupacional: 60 visitas combinadas/año calendario.
	Servicios de habilitación	Terapia ocupacional: 20 % de coseguro		
		Terapia del habla: 20 % de coseguro		
	Cuidado de enfermería especializada	20 % de coseguro	No cubierto.	100 días/año calendario combinado con los servicios de rehabilitación hospitalarios
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	No cubierto.	Pelucas: \$350/por año calendario

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos o para enfermos terminales	20 % de coseguro	No cubierto.	Para obtener más información sobre las hospitalizaciones, consulta la sección “Si te hospitalizan”.
Si tu hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo; no se aplica el deducible	No cubierto.	1 examen/año calendario.
	Anteojos para niños	No cubierto.	No cubierto.	No hay.
	Chequeo dental pediátrico:	No cubierto.	No cubierto.	No hay.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que tu Plan NO cubre. (Esta no es una lista completa. Consulta tu póliza o el documento del plan para obtener más información sobre otros servicios excluidos).			
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para niños • Cirugías estéticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Cuidados a largo plazo • Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. • Enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies (excepto para diabetes o enfermedades circulatorias sistémicas) • Servicios que no son médicamente necesarios • Programas de pérdida de peso 	

Otros servicios cubiertos. (Esta no es una lista completa. Consulta el documento de tu plan o póliza para obtener más información sobre otros servicios cubiertos y los costos de estos servicios).			
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura: 20 visitas/año calendario • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica: 40 visitas por año calendario • Audífonos: \$3,000/audífono cada 36 meses, por cada oído afectado 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Cuidado de rutina de la vista (adultos): 1 examen/año calendario 	

Tus derechos a continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudarte si deseas continuar con tu cobertura una vez que termina. Puedes comunicarte con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al número 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con los Centros de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al número 1-877-267-2323 x61565 o a través del sitio web www.cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre tus derechos a continuar con la cobertura, puedes comunicarte con el Servicio al Miembro llamando al número indicado en tu tarjeta de identificación o al 1-888-333-4742. También podrías tener otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visita www.HealthCare.gov o llama al 1-800-318-2596.

Tus derechos a presentar reclamos y apelaciones: hay agencias que pueden ayudarte si tienes una queja sobre tu [plan](#) por negarte una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de tus derechos, consulta la explicación de beneficios que recibirás por esa [reclamación](#) médica. Los documentos del [plan](#) también incluyen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o un [reclamo](#) a tu [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre tus derechos o sobre esta notificación, o para recibir asistencia, comunícate con:

HPHC Member Appeals-Member
Services Department
Harvard Pilgrim Health Care, Inc.
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166
Teléfono: 1-888-333-4742
Fax: 1-617-509-3085

Department of Labor's Employee
Benefits Security Administration
1-866-444-3272
www.dol.gov/ebsa/healthreform

Consumer for Affordable Health Care
12 Church Street, PO Box 2409
Augusta, Maine 04338-2490
1-800-965-7476
www.maine cahc.org
consumerhealth@mainecahc.org

Maine Bureau of Insurance
34 State House
Station Augusta, ME 04333
1-207-624-8475
1-800-300-5000

¿Este plan cumple con los Estándares de valor mínimo? Sí.

Si tu [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podrías calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarte a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí.

En general, la [Cobertura esencial mínima](#) incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), TRICARE y algunas otras opciones de cobertura. Si calificas para ciertos tipos de [Cobertura esencial mínima](#), es posible que no califiques para el [crédito fiscal para las primas](#).

Servicios lingüísticos:

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-333-4742.

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-333-4742.

De assistência em Português, por favor ligue 1-888-333-4742.

[Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulta la siguiente sección.](#)

Ejemplos acerca de esta cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes, en función de la atención que recibas, los precios que cobren los **proveedores** y muchos otros factores. Céntrate en los montos de los **costos compartidos** (**deducibles**, **copagos** y **coseguros**) y **servicios excluidos** del [plan](#). Utiliza esta información para comparar la parte de los costos que tendrías que pagar según los [planes](#) de salud. Ten en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes de tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición médica bien manejada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ Deducible general del plan	\$6,000	■ Deducible general del plan	\$6,000	■ Deducible general del plan	\$6,000
■ Coseguro del especialista	20 %	■ Coseguro del especialista	20 %	■ Coseguro del especialista	20 %
■ Coseguro del hospital (centro)	20 %	■ Coseguro del hospital (centro)	20 %	■ Coseguro del hospital (centro)	20 %
■ Otro coseguro	20 %	■ Otro coseguro	20 %	■ Otro coseguro	20 %
Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:		Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:		Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:	
Visitas al consultorio del especialista (<i>atención prenatal</i>)		Visitas al consultorio del médico de atención primaria (<i>lo que incluye capacitación sobre la enfermedad</i>)		Atención en la sala de emergencias (<i>incluye materiales médicos</i>)	
Servicios profesionales de parto		Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>)		Prueba diagnóstica (<i>radiografía</i>)	
Servicios en centros de partos		Medicamentos recetados		Equipo médico duradero (<i>muletas</i>)	
Pruebas diagnósticas (<i>sonogramas y análisis de sangre</i>)		Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)		Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>)	
Visita al especialista (<i>anestesia</i>)					
Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$6,000	Deducibles	\$2,300	Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0	Copagos	\$500	Copagos	\$0
Coseguros	\$500	Coseguros	\$0	Coseguros	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$6,500	El total que pagaría Joe es	\$2,800	El total que pagaría Mia es	\$2,800

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos en estos EJEMPLOS.

Servicios de asistencia lingüística

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Ligue para 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si nou palé Kreyòl Ayisyen, gen asistans pou sèvis ki disponib nan lang nou pou gratis. Rele 1-888-333-4742 (TTY: 711).

繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-333-4742 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ thông dịch của chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị miễn phí. Gọi số 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-333-4742 (телетайп: 711).

العربية (Arabic)

إنتباه: إذا أنت تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على 1 888-333-4742

(TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian) ចូរសុំជូនដំណឹង: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, យើងមានសេវាកម្មបកប្រែ ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-333-4742 (TTY: 711)។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-333-4742 (ATS: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-333-4742 (TTY: 711).



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

(Continuación)

한국어 (Korean) '알림': 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-333-4742 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν στη διάθεσή σας δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Καλέστε 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-333-4742 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi) ध्यान दीजिए: अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिये भाषाकी सहायता मुफ्तमें उपलब्ध है. जानकारी के लिये फोन करे. 1-888-333-4742 (TTY: 711)

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને માટે ભાષાકીય સહાય તદ્દન મફત ઉપલબ્ધ છે. વિશેષ માહિતી માટે ફોન કરો. 1-888-333-4742 (TTY: 711)

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-333-4742 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-333-4742 (TTY: 711).



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

(Continuación)

Aviso general de no discriminación y requisitos de accesibilidad

Harvard Pilgrim Health Care y sus afiliados (mencionados a continuación como “HPHC”) cumplen con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género (incluyendo embarazos, orientación sexual e identidad de género). HPHC no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género (incluyendo embarazos, orientación sexual e identidad de género).

HPHC:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es inglés, como el servicio de intérpretes calificados.

Si necesitas estos servicios, ponte en contacto con nuestro funcionario de Cumplimiento de Derechos Civiles.

Si crees que HPHC no te proporcionó estos servicios o te discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género (incluyendo embarazos, orientación sexual e identidad de género), puedes presentar un reclamo a: Civil Rights Compliance Officer, 1 Wellness Way, Canton, MA 02021-1166, (866) 750-2074, servicio de TTY: 711, fax: (617) 509-3085, correo electrónico: civil_rights@point32health.org. Puedes presentar un reclamo personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar un reclamo, el funcionario de Cumplimiento de Derechos Civiles puede ayudarte. También puedes presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., ya sea en forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TTY)

Los formularios de quejas se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

cc6589_memb_serv (08_23)