

Group Health Cooperative: Core Bronze Plan

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: 1/1/2014 to 1/1/2015

Coverage for: Individual & Family | Plan Type: HMO



This is only a summary. If you want more detail about your coverage and costs, you can get the complete terms in the policy or plan document at www.ghc.org or by calling 1-888-901-4636.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	\$5,000 individual/ \$10,000 family Does not apply to preventive care, pediatric eye exam and glasses.	You must pay all the costs up to the <u>deductible</u> amount before this plan begins to pay for covered services you use. Check your policy or plan document to see when the <u>deductible</u> starts over (usually, but not always, January 1st). See the chart starting on page 2 for how much you pay for covered services after you meet the <u>deductible</u> .
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services, but see the chart starting on page 2 for other costs for services this plan covers.
Is there an <u>out-of-pocket limit</u> on my expenses?	Yes, \$6,350 individual/ \$12,700 family	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay during a coverage period (usually one year) for your share of the cost of covered services. This limit helps you plan for health care expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	Premiums, balance-billed charges and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Does this plan use a <u>network of providers</u> ?	Yes. See www.ghc.org or call 1-888-901-4636 for a list of in-network providers.	If you use an in-network doctor or other health care <u>provider</u> , this plan will pay some or all of the costs of covered services. Be aware, your in-network doctor or hospital may use an out-of-network <u>provider</u> for some services. Plans use the term in-network, <u>preferred</u> , or participating for <u>providers</u> in their <u>network</u> . See the chart starting on page 2 for how this plan pays different kinds of <u>providers</u> .
Do I need a referral to see a <u>specialist</u> ?	Yes. See www.ghc.org or call 1-888-901-4636 for a list of specialist providers.	This plan will pay some or all of the costs to see a <u>specialist</u> for covered services but only if you have the plan's permission before you see the <u>specialist</u> .
Are there services this plan doesn't cover?	Yes.	Some of the services this plan doesn't cover are listed on page 5. See your policy or plan document for additional information about <u>excluded services</u> .

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.


If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.

Group Health Cooperative: Core Bronze Plan

Coverage Period: 1/1/2014 to 1/1/2015

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage for: Individual & Family | Plan Type: HMO

- 
Copayments are fixed dollar amounts (for example, \$15) you pay for covered health care, usually when you receive the service.
- Coinsurance** is *your* share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the **allowed amount** for the service. For example, if the plan's **allowed amount** for an overnight hospital stay is \$1,000, your **coinsurance** payment of 20% would be \$200. This may change if you haven't met your **deductible**.
- The amount the plan pays for covered services is based on the **allowed amount**. If an out-of-network **provider** charges more than the **allowed amount**, you may have to pay the difference. For example, if an out-of-network hospital charges \$1,500 for an overnight stay and the **allowed amount** is \$1,000, you may have to pay the \$500 difference. (This is called **balance billing**.)
- This plan may encourage you to use network **providers** by charging you lower **deductibles**, **copayments** and **coinsurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use a Network Provider	Your Cost If You Use a Non-network Provider	Limitations & Exceptions
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$40 co-pay	Not covered	_____none_____
	Specialist visit	\$60 co-pay	Not covered	_____none_____
	Other practitioner office visit	\$40 primary /\$60 specialty co-pay for manipulative therapy and acupuncture	Not covered	Manipulative therapy limited to 10 visits per calendar year and acupuncture limited to 12 visits per medical diagnosis per calendar year.
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	Deductible does not apply for network provider. Services must be in accordance with the Group Health well-care schedule.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	40% co-insurance	Not covered	_____none_____
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	40% co-insurance	Not covered	High end radiology imaging services such as CT, MRI and PET require preauthorization.
If you need drugs to treat your illness or condition	Preferred generic drugs	40% co-insurance	Not covered	Covers up to a 30-day supply
	Preferred brand drugs	40% co-insurance	Not covered	Covers up to a 30-day supply
	Non-preferred generic/brand drugs	Not covered	Not covered	_____none_____
	Mail-order drugs	35% co-insurance	Available when dispensed through	Covers up to a 30-day supply
More information				

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.

Group Health Cooperative: Core Bronze Plan

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: 1/1/2014 to 1/1/2015

Coverage for: Individual & Family | Plan Type: HMO

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use a Network Provider	Your Cost If You Use a Non-network Provider	Limitations & Exceptions
about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.ghc.org .			the Group Health designated mail order service.	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	40% co-insurance	Not covered	_____none_____
	Physician/surgeon fees	40% co-insurance	Not covered	_____none_____
If you need immediate medical attention	Emergency room services	\$200 co-pay + 40% co-insurance	\$200 co-pay + 40% co-insurance	Notify Group Health within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Copay is waived if admitted.
	Emergency medical transportation	40% co-insurance	40% co-insurance	_____none_____
	Urgent care	\$40 co-pay	\$200 co-pay + 40% co-insurance	_____none_____
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	40% co-insurance	Not covered	Non-emergency inpatient services require preauthorization.
	Physician/surgeon fee	40% co-insurance	Not covered	Non-emergency inpatient services require preauthorization.
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient services	\$40 co-pay	Not covered	_____none_____
	Mental/Behavioral health inpatient services	40% co-insurance	Not covered	Non-emergency inpatient services require preauthorization.
	Substance use disorder outpatient services	\$40 co-pay	Not covered	_____none_____
	Substance use disorder inpatient services	40% co-insurance	Not covered	Non-emergency inpatient services require preauthorization.
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	\$40 co-pay	Not covered	Preventive services related to prenatal and preconception care are covered as preventive care. Routine prenatal and postnatal care is not subject to the co-pay.
	Delivery and all inpatient services	40% co-insurance	Not covered	Notify Group Health within 24 hours

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.

Group Health Cooperative: Core Bronze Plan

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: 1/1/2014 to 1/1/2015

Coverage for: Individual & Family | Plan Type: HMO

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use a Network Provider	Your Cost If You Use a Non-network Provider	Limitations & Exceptions
				of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	40% co-insurance	Not covered	Limited to 130 visits per calendar year. Requires preauthorization.
	Rehabilitation services	\$40 co-pay / outpatient 40% co-insurance / inpatient	Not covered	Limited to 25 visits per calendar year/outpatient. Limited to 30 days per calendar year/inpatient. Requires preauthorization.
	Habilitation services	\$40 co-pay / outpatient 40% co-insurance / inpatient	Not covered	Limited to 25 visits per calendar year/outpatient. Limited to 30 days per calendar year/inpatient. Requires preauthorization.
	Skilled nursing care	40% co-insurance	Not covered	Limited to 60 days per calendar year. Requires preauthorization.
	Durable medical equipment	40% co-insurance	Not covered	_____none_____
	Hospice service	40% co-insurance	Not covered	Requires preauthorization.
	If your child needs dental or eye care	Eye exam	No charge	Not covered
Glasses		No charge	Not covered	Deductible does not apply Limited to one pair of frames and lenses per calendar year.
Dental check-up		Not covered	Not covered	_____none_____

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.

Group Health Cooperative: Core Bronze Plan

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: 1/1/2014 to 1/1/2015

Coverage for: Individual & Family | Plan Type: HMO

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other excluded services.)

- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- Hearing Aids
- Infertility treatment
- Long-term care
- Most coverage provided outside the United States. See www.ghc.org
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult)
- Routine foot care
- Weight loss programs

Other Covered Services (This isn't a complete list. Check your policy or plan document for other covered services and your costs for these services.)

- Acupuncture
- Chiropractic care (if prescribed for rehabilitation purposes)

Your Rights to Continue Coverage:

If you lose coverage under the plan, then, depending upon the circumstances, Federal and State laws may provide protections that allow you to keep health coverage. Any such rights may be limited in duration and will require you to pay a **premium**, which may be significantly higher than the **premium** you pay while covered under the plan. Other limitations on your rights to continue coverage may also apply.

For more information on your rights to continue coverage, contact the plan at 1-888-901-4636. You may also contact your state insurance department, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.

Your Grievance and Appeals Rights:

If you have a complaint or are dissatisfied with a denial of coverage for claims under your plan, you may be able to **appeal** or file a **grievance**. For questions about your rights, this notice, or assistance, you can contact: The Washington Office of Insurance Commissioner at <http://www.insurance.wa.gov/your-insurance/health-insurance/appeal/>. The Insurance Consumer Hotline at 1-800-562-6900 or access to a page to email the same office: <http://www.insurance.wa.gov/your-insurance/email-us/>. Or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.

Group Health Cooperative: Core Bronze Plan

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What it Costs

Coverage Period: 1/1/2014 to 1/1/2015

Coverage for: Individual & Family | Plan Type: HMO

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636.

Does this Coverage Provide Minimum Essential Coverage?

The Affordable Care Act requires most people to have health care coverage that qualifies as “minimum essential coverage.” **This plan or policy does provide minimum essential coverage.**

Does this Coverage Meet the Minimum Value Standard?

In order for certain types of health coverage (for example, individually purchased insurance or job-based coverage) to qualify as minimum essential coverage, the plan must pay, on average, at least 60 percent of allowed charges for covered services. This is called the “minimum value standard.” **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next page.

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.

About these Coverage Examples:

These examples show how this plan might cover medical care in given situations. Use these examples to see, in general, how much financial protection a sample patient might get if they are covered under different plans.



This is not a cost estimator.

Don't use these examples to estimate your actual costs under this plan. The actual care you receive will be different from these examples, and the cost of that care will also be different.

See the next page for important information about these examples.

Having a baby (normal delivery)

- **Amount owed to providers: \$7,540**
- **Plan pays \$840**
- **Patient pays \$6,700**

Sample care costs:

Hospital charges (mother)	\$2,700
Routine obstetric care	\$2,100
Hospital charges (baby)	\$900
Anesthesia	\$900
Laboratory tests	\$500
Prescriptions	\$200
Radiology	\$200
Vaccines, other preventive	\$40
Total	\$7,540

Patient pays:

Deductibles	\$5,900
Copays	\$0
Coinsurance	\$600
Limits or exclusions	\$200
Total	\$6,700

Managing type 2 diabetes (routine maintenance of a well-controlled condition)

- **Amount owed to providers: \$5,400**
- **Plan pays \$300**
- **Patient pays \$5,100**

Sample care costs:

Prescriptions	\$2,900
Medical Equipment and Supplies	\$1,300
Office Visits and Procedures	\$700
Education	\$300
Laboratory tests	\$100
Vaccines, other preventive	\$100
Total	\$5,400

Patient pays:

Deductibles	\$5,000
Copays	\$0
Coinsurance	\$20
Limits or exclusions	\$80
Total	\$5,100

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.

Questions and answers about the Coverage Examples:

What are some of the assumptions behind the Coverage Examples?

- Costs don't include **premiums**.
- Sample care costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services, and aren't specific to a particular geographic area or health plan.
- The patient's condition was not an excluded or preexisting condition.
- All services and treatments started and ended in the same coverage period.
- There are no other medical expenses for any member covered under this plan.
- Out-of-pocket expenses are based only on treating the condition in the example.
- The patient received all care from in-network **providers**. If the patient had received care from out-of-network **providers**, costs would have been higher.

What does a Coverage Example show?

For each treatment situation, the Coverage Example helps you see how **deductibles**, **copayments**, and **coinsurance** can add up. It also helps you see what expenses might be left up to you to pay because the service or treatment isn't covered or payment is limited.

Does the Coverage Example predict my own care needs?

- ✗ **No.** Treatments shown are just examples. The care you would receive for this condition could be different based on your doctor's advice, your age, how serious your condition is, and many other factors.

Does the Coverage Example predict my future expenses?

- ✗ **No.** Coverage Examples are **not** cost estimators. You can't use the examples to estimate costs for an actual condition. They are for comparative purposes only. Your own costs will be different depending on the care you receive, the prices your **providers** charge, and the reimbursement your health plan allows.

Can I use Coverage Examples to compare plans?

- ✓ **Yes.** When you look at the Summary of Benefits and Coverage for other plans, you'll find the same Coverage Examples. When you compare plans, check the "Patient Pays" box in each example. The smaller that number, the more coverage the plan provides.

Are there other costs I should consider when comparing plans?

- ✓ **Yes.** An important cost is the **premium** you pay. Generally, the lower your **premium**, the more you'll pay in out-of-pocket costs, such as **copayments**, **deductibles**, and **coinsurance**. You should also consider contributions to accounts such as health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) or health reimbursement accounts (HRAs) that help you pay out-of-pocket expenses.

Questions: Call 1-888-901-4636 or visit us at www.ghc.org.

If you aren't clear about any of the underlined terms used in this form, see the Glossary. You can view the Glossary at www.ghc.org or call 1-888-901-4636 to request a copy.



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los términos completos en la póliza o en los documentos del plan en www.ghc.org o comunicándose al 1-888-901-4636.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Individual \$5,000 /familiar \$10,000 No se aplica a la atención preventiva, examen pediátrico de la vista y anteojos.	Usted debe pagar todos los costos hasta que cubra el monto del <u>deducible</u> antes de que el plan empiece a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Revise su póliza o plan para verificar en qué fecha el <u>deducible</u> vuelve a comenzar (normalmente, pero no siempre, el 1º de enero). En la tabla que empieza en la página 2 encontrará los montos que usted pagará por servicios cubiertos una vez que haya alcanzado el <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero consulte la tabla que empieza en la página 2 para conocer otros costos de servicios que cubre este plan.
¿Hay un <u>límite de desembolso</u> para mis gastos?	Sí, individual \$6,350 /familiar \$12,700	El <u>límite de desembolso</u> es lo máximo que usted puede pagar durante un período de cobertura (normalmente un año) como su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el <u>límite de desembolso</u> ?	Primas, facturación de saldos, y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga por estos gastos, estos no cuentan para alcanzar el <u>límite de desembolso</u> .
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Visite www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Si utiliza un médico u otro <u>proveedor</u> de atención a la salud dentro de la red, este plan pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos. Recuerde, su médico u hospital dentro de la red puede utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red, <u>preferido</u> o participante para los <u>proveedores</u> dentro de su <u>red</u> . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para obtener información de cómo este plan les paga a distintos tipos de <u>proveedores</u> .
¿Necesito una referencia para ver un <u>especialista</u> ?	Sí. Visite www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para la lista de especialistas.	Este plan pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un <u>especialista</u> siempre y cuando usted tenga autorización del plan antes de visitar al <u>especialista</u> .
¿Hay algún servicio que el plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 5. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre <u>servicios excluidos</u> .

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente al momento de recibirla.
- **Coaseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una estadía en el hospital durante la noche es \$1,000, su **coaseguro** será el 20% de ese monto, es decir \$200. Este monto puede cambiar si usted aún no ha alcanzado el **deducible**.
- El monto que el plan paga por los servicios cubiertos está basado en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más que el **monto permitido**, usted puede tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra por una estadía hospitalaria durante la noche \$1,500 y el **monto permitido** es \$1,000, usted puede tener que pagar la diferencia de \$500. (Esto se conoce como **facturación de saldos**).
- Este plan puede alentarle a usar **proveedores** de la red al cobrarle **deducibles, copagos** o **coaseguros** más bajos.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Sus costos si usa un proveedor dentro de la red	Sus costos si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención a la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o afección	\$40 de copago	No tiene cobertura	_____ninguna_____
	Visita a un especialista	\$60 de copago	No tiene cobertura	_____ninguna_____
	Visita al consultorio de otro proveedor de salud	\$40 de copago por terapia de manipulación y acupuntura	No tiene cobertura	La terapia de manipulación está limitada a 10 visitas por año calendario y la acupuntura está limitada a 12 visitas por diagnóstico médico por año calendario.
	Atención preventiva/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No tiene cobertura	No se aplica el deducible para proveedores dentro de la red. Los servicios deben figurar de acuerdo con el cronograma de bienestar de Group Health.
Si tiene un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	40% de coaseguro	No tiene cobertura	_____ninguna_____
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones)	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Los servicios de radiología de alta tecnología como tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones requieren una autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos preferidos	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Cubre un suministro hasta de 30 días
	Medicamentos de marca preferidos	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Cubre un suministro hasta de 30 días
	Medicamentos genéricos no	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Necesidad Médica Solamente; cubre un suministro

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Sus costos si usa un proveedor dentro de la red	Sus costos si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de receta visite www.ghc.org .	preferidos/de marca			hasta de 30 días
	Medicamentos de pedido por correo	35% de coaseguro	Disponible cuando se dispensan a través del servicio designado de pedidos por correo de Group Health.	Cubre un suministro hasta de 30 días
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	40% de coaseguro	No tiene cobertura	_____ninguna_____
	Tarifa del médico/cirujano	40% de coaseguro	No tiene cobertura	_____ninguna_____
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	\$200 de copago + 40% de coaseguro	\$200 de copago + 40% de coaseguro	Notifique a Group Health dentro de las 24 horas de la admisión, o tan pronto como sea médicamente posible después de la admisión. El copago es exento si el paciente es hospitalizado.
	Traslado por emergencia médica	40% de coaseguro	40% de coaseguro	_____ninguna_____
	Atención de urgencia	\$40 de copago	\$200 de copago + 40% de coaseguro	_____ninguna_____
Si es hospitalizado	Tarifa del hospital (por ejemplo, habitación)	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Los servicios que no sean de emergencia para pacientes hospitalizados requieren una autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Los servicios que no sean de emergencia para pacientes hospitalizados requieren una autorización previa.

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Sus costos si usa un proveedor dentro de la red	Sus costos si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si tiene necesidad de servicios psiquiátricos, de salud conductual, o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y conductual	\$40 de copago	No tiene cobertura	_____ninguna_____
	Servicios de salud mental y conductual para pacientes hospitalizados	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Los servicios que no sean de emergencia para pacientes hospitalizados requieren una autorización previa.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$40 de copago	No tiene cobertura	_____ninguna_____
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Los servicios que no sean de emergencia para pacientes hospitalizados requieren una autorización previa.
Si está embarazada	Atención prenatal y postparto	\$40 de copago	No tiene cobertura	Los servicios preventivos relacionados con la atención prenatal y previa a la concepción, se cubren como atención preventiva.
	Parto y todos los servicios de internación	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Notifique a Group Health dentro de las 24 horas de la admisión, o tan pronto como sea médicamente posible después de la admisión. Los costos compartidos de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención de salud en el hogar	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Se limita a 130 visitas por año calendario. Requiere una autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	\$40 de copago /pacientes ambulatorios 40% de coaseguro /pacientes hospitalizados	No tiene cobertura	Se limita a 25 visitas por año calendario/pacientes ambulatorios. Se limita a 30 días por año calendario/pacientes hospitalizados. Requiere una autorización previa.

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Sus costos si usa un proveedor dentro de la red	Sus costos si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$40 de copago /pacientes ambulatorios 40% de coaseguro /pacientes hospitalizados	No tiene cobertura	Se limita a 25 visitas por año calendario/pacientes ambulatorios. Se limita a 30 días por año calendario/pacientes hospitalizados. Requiere una autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Se limita a 60 días por año calendario. Requiere una autorización previa.
	Equipo médico duradero	40% de coaseguro	No tiene cobertura	_____ninguna_____
	Atención para enfermos desahuciados	40% de coaseguro	No tiene cobertura	Requiere una autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos	Examen de la vista	Sin cargo	No tiene cobertura	No se aplica el deducible Se limita a un examen por año calendario.
	Anteojos	Sin cargo	No tiene cobertura	No se aplica el deducible Se limita a un par de marcos y lentes por año calendario.
	Consulta odontológica	No tiene cobertura	No tiene cobertura	_____ninguna_____

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte la póliza o los documentos del plan para conocer otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Odontología de rutina (adulto)
- Audífonos
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- La mayoría de la cobertura proporcionada fuera de los EE. UU. Consulte www.ghc.org
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermera privada
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Podología de rutina
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte la póliza o los documentos del plan para conocer otros servicios cubiertos y los costos de estos).

- Acupuntura
- Atención quiropráctica (si se receta para fines de rehabilitación)

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.

Su derecho a una cobertura continua:

Si pierde la cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden otorgar protecciones que le permitan mantener la cobertura de atención a la salud. Cualesquiera de tales derechos puede tener una duración limitada y se exigirá que usted pague una **prima**, la cual podría ser significativamente más alta que la **prima** que usted paga mientras está cubierto por el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones en sus derechos para cobertura continua.

Para obtener más información sobre sus derechos a una cobertura continua, póngase en contacto con el plan al 1-888-901-4636. También puede ponerse en contacto con el departamento de seguros de su estado, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros de Washington en la página web <http://www.insurance.wa.gov/your-insurance/health-insurance/appeal/>. La Línea directa para consumidores de seguros al 1-800-562-6900 o visite la siguiente página para enviar un correo electrónico: <http://www.insurance.wa.gov/your-insurance/email-us/>. O comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite la página www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Servicios en otros idiomas:

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-901-4636.

¿Proporciona esta cobertura la Cobertura Esencial Mínima?

La Ley de Atención Médica Asequible exige que la mayor parte de las personas tenga cobertura de atención a la salud que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

A fin de que algunos tipos de cobertura de salud (por ejemplo, seguro adquirido individualmente o cobertura en base al empleo) califiquen como cobertura esencial mínima, el plan debe pagar, como promedio, al menos 60% de los cargos permitidos para servicios cubiertos. Esto se llama el “estándar de valor mínimo”. **Esta cobertura de salud satisface el valor estándar mínimo para los beneficios que proporciona.**

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan paga los servicios en una situación médica de muestra consulte la página siguiente.*—————

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo cubriría este plan la atención médica en situaciones determinadas. Úselos para tener una idea general de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. La atención médica que usted reciba será diferente a la de estos ejemplos y los costos también serán distintos.

Para obtener información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- **Monto adeudado al proveedor:** \$7,540
- **El plan paga** \$840
- **El paciente paga** \$6,700

Ejemplos de costos de atención:

Costos del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Costos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$5,900
Copagos	\$0
Coaseguro	\$600
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$6,700

Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de la enfermedad bien controlada)

- **Monto adeudado al proveedor:** \$5,400
- **El plan paga** \$300
- **El paciente paga** \$5,100

Ejemplo de costos de atención:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$5,000
Copagos	\$0
Coaseguro	\$20
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$5,100

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunas de las suposiciones acerca de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos de atención están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos para una zona geográfica o un plan de salud.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de desembolso están basados solamente en el tratamiento de la afección mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención médica de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido la atención de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo suman los **deducibles**, **copagos** y el **coaseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que usted tendrá que pagar porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

- ✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. La atención que usted puede recibir para esta afección tal vez sea distinta, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y muchos otros factores.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. No puede usar el ejemplo para estimar el costo de una afección real. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus propios costos dependerán de la atención que reciba, los precios de su **proveedor** y del reembolso que autorice su plan.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted revisa el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en la casilla titulada “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que usted paga. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de desembolso, como los **copagos**, **deducibles** y el **coaseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de desembolso.

Preguntas: Llame al 1-888-901-4636 o visite www.ghc.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario en www.ghc.org o llame al 1-888-901-4636 para solicitar una copia.