El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC te muestra cómo tú y el plan compartiría el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: Información sobre el costo de este plan (llamado el servicio premium se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite https://benefits.wincofoods.com/. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, véase el glosario. Puedes consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/glossary/ o llame al 1-800-937-8063 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el **deducible total?**	Dentro de la red: $200 de cobertura médica individual / $600 de cobertura médica familiar. Fuera de la red: $400 individuales / $1200 familiares de cobertura médica.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el importe deducible antes de que el plan comienza a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio plan individual deducible hasta el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia satisfacen la demanda general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible.	Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin compartir costos y antes de que usted conozca su deducible. Consulte la lista de coberturas de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible cantidad antes de esto plan comienza a pagar por estos servicios.
¿Qué es el desembolsado límite para este plan?	Dentro de la red: servicios médicos: $1,200 individual / $3,600 familiar; medicamentos recetados: $9,800 individual / $18,400 familiar; sala de emergencias: $1,000 individual / $2,000 familiar. Fuera de la red: gastos médicos $2,400 por persona; sala de emergencias $1,000 por persona / $2,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que podrías pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo, hasta que la familia en general Se ha alcanzado el límite de gastos de bolsillo. Cada copago por servicio de urgencias se aplica al límite máximo de gastos de bolsillo establecido para dicho servicio. Otros servicios de urgencias están sujetos al deducible médico y al límite máximo de gastos médicos de bolsillo.
¿Qué no está incluido en	Primas, cargos por saldo	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
el límite de gastos de bolsillo?	pendiente y atención médica este plan no cubre.	
¿Pagarás menos si utilizas un proveedor de red?	Sí. Ver https://www.bcidaho.com/ o llame llame al 1-800-937-8063 para obtener una lista de proveedores de red.	Este plan utiliza un proveedor red. Pagarás menos si utilizas un proveedor en el plan red. Pagarás más si utilizas una 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 de red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesitas una remisión para ver un especialista?	No.	Puedes ver un especialista sin permiso o una remisión.

Todos los costos **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que su **deducible** se ha cumplido, si el deducible aplica.

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	20% de coseguro	30% de coseguro	Ninguno
	Visita de un especialista	20% de coseguro	30% de coseguro	Las manipulaciones espinales están limitadas a 20 por año.
	Atención preventiva / detección / inmunización	Sin costo alguno	30% de coseguro	Es posible que tengas que pagar por servicios que son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego comprueba si tu plan lo pagará. No hay cargo dentro de la red de proveedores para una prueba de detección de cáncer de mama si usted tiene un riesgo elevado de padecer cáncer.
Si tienes una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	30% de coseguro	No requiere autorización previa.
	Pruebas de imagen (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de coseguro	30% de coseguro	No requiere autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre **cobertura de medicamentos recetados** está disponible en https://welldyne.com/	Medicamentos genéricos	**Venta al por menor:** 15% Coseguro, compra mínima de $5 en tiendas. **Pedido por correo:** $5 Copago por suministro para 30 días: $10 Copago por suministro para más de 30 días.	Costo total del medicamento; se puede solicitar el reembolso del costo calculado.	Puede requerir autorización previa. Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos de	***Venta al por menor:** 20% de coseguro, compra mínima de $5	Costo total del medicamento; se puede	Puede requerir autorización previa. Cubre un suministro de hasta 90 días.

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	marca preferida	en tiendas. **Pedido por correo:** $15 de copago por suministro para 30 días: $30 de copago por suministro para más de 30 días. ***REQUISITO GENÉRICO OBLIGATORIO (ver Información importante)**	solicitar el reembolso del costo calculado.	IMPORTANTE: **El plan requiere el uso de medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Si usted adquiere un medicamento de marca cuando existe un genérico disponible, deberá pagar el copago del medicamento de marca MÁS la diferencia de precio entre el medicamento genérico y el de marca.**
	Medicamentos de marcas no preferidas	**Venta al por menor:** 35% Coseguro, compra mínima de $5 en tiendas minoristas, **pedidos por correo:** $25 Copago por suministro para 30 días: $50 Copago por suministro para más de 30 días.	Costo total del medicamento; se puede solicitar el reembolso del costo calculado.	Puede requerir autorización previa. Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos especializados	**Pedido por correo:** copago de $50 o el costo real, lo que sea menor.	Costo total del medicamento; se puede solicitar el reembolso del costo calculado.	Puede requerir autorización previa. Cubre un suministro por correo de hasta 30 días.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa por el uso de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	10% de coseguro centro de cirugía ambulatoria coaseguro del 20% todos los demás	30% de coseguro	Puede requerir autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro centro de cirugía ambulatoria coaseguro del 20% todos los demás	30% de coseguro	Puede requerir autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias (ER)	*copago de $150 por visita + deducible + 20% de coseguro *El copago de $150 es como un **recargo por usar los servicios de urgencias; consulte la información importante para obtener más detalles.**	*copago de $150 por visita + deducible + 20% de coseguro	Dentro de la red La deducción se aplica a dentro de la red y fuera de ella servicios de red. El copago de urgencias tiene un límite máximo de gastos de bolsillo independiente: 1000 dólares por persona o 2000 dólares por familia. Los demás cargos de urgencias se aplican al **deducible médico y al límite**

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
				máximo de gastos de bolsillo.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Si el miembro no es trasladado después de que se llama al servicio de emergencias, el servicio de ambulancia no está cubierto por el plan.
	Atención de urgencia	20% de coseguro	30% de coseguro	Ninguno
Si tienes que quedarte en el hospital	Tarifa por uso de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de coseguro	30% de coseguro	Ninguno
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	30% de coseguro	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias.	Servicios ambulatorios	20% de coseguro	30% de coseguro	Ninguno
	Servicios de hospitalización	20% de coseguro	30% de coseguro	Ninguno
Si estás embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	30% de coseguro	El reparto de costes no se aplica a servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, Puede aplicarse un coseguro.La atención a la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC.
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	20% de coseguro	30% de coseguro	
	Servicios de centro de parto/alumbramiento	20% de coseguro	30% de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% de coseguro	30% de coseguro	Limitado a 60 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	30% de coseguro	Limitado a 22 días de hospitalización al año. Limitado a 50 visitas ambulatorias al año para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia.

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	30% de coseguro	Incluye servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. La terapia de neurodesarrollo está limitada a 52 visitas al año.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	30% de coseguro	Limitado a 60 días de hospitalización al año.
	Equipos médicos duraderos	20% de coseguro	30% de coseguro	Excluye modificaciones de vehículos, modificaciones del hogar, equipos de ejercicio y de baño.
	Servicios de cuidados paliativos	20% de coseguro	30% de coseguro	El servicio de cuidados de relevo está limitado a 14 días/de por vida.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de $10	Solo se reembolsan hasta $45.	
	Gafas para niños	asignación de $150 cada 12 meses	Solo se reembolsan hasta $70.	
	Revisión dental infantil	0% de coseguro	20% de coseguro	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios Su plan Generalmente NO cubre (consulte su póliza o plan Para obtener más información y una lista de cualquier otro documento, consulte el documento correspondiente. servicios excluidos.)		
• Acupuntura, masajes, terapia de masaje o hipnosis. • Cirugía estética, excepto anomalías congénitas. • Atención dental, cubierta por el plan dental.	• Audífonos • Tratamiento de la infertilidad • Cuidados a largo plazo • Enfermería privada	• Cuidado ocular rutinario, cubierto por el plan de visión. • Cuidado rutinario de los pies • Equipos de visión, cubiertos por el plan de visión • Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios). Esta no es una lista completa. Consulte su plan. documento.)		
• Cirugía bariátrica	• Atención quiropráctica	• Atención médica no urgente al viajar fuera de los Estados Unidos

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444EBSA (3272) o www. dol. gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el Plan al 1-800-937-8063. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del mercado del seguro médico. Para obtener más información sobre el mercado, visita http://www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan debido a la denegación de una reclamación. Esta queja se llama queja o reclamo. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese servicio médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con el plan llamando al 1-800-937-8063 o visite www.bcidaho.com/ o el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1 (866) 444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Idaho llamando al 1 (208) 334-4250 o www.doi.idaho.gov.

¿Este plan ofrece la cobertura mínima esencial? SÍ
La cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del pólizas del mercado de seguros u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? SÍ
Si tu plan no cumple con los requisitos estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal para primas para ayudarle a pagar un plan a través del mercado.

Servicios de acceso lingüístico: [Español]: https://benefits.wincofoods.com

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que los proveedores cobran, y hay muchos otros factores. Concéntrese en el importes de participación en los costos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos en el marco del plan. Utilize esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan 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 plan general deducible	$200
Especialista *[reparto de costes]*	20%
Hospital (centro) *[reparto de costes]*	20%
Otros *[reparto de costes]*	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Consultas con especialistas *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/alumbramiento
Servicios de la sala de partos
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$11,470**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Reparto de costes	
Deducibles	$200
Copagos	$30
Coseguro	$1000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$1,230**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red de proveedores para una

El plan general deducible	$200
Especialista *[reparto de costes]*	20%
Hospital (centro) *[reparto de costes]*	20%
Otros *[reparto de costes]*	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Consultas con el médico de atención primaria *(incluida la educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipos médicos duraderos *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$4,300**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Reparto de costes	
Deducibles	$200
Copagos	$100
Coseguro	$1,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,300**

La fractura simple de Mia

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

El plan general deducible	$200
Especialista *[reparto de costes]*	20%
copago de urgencias	$150
Hospital (centro) *[reparto de costes]*	20%
Otros *[reparto de costes]*	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
atención en la sala de emergencias *(incluidos los suministros médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipos médicos duraderos *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$1,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Reparto de costes	
Deducibles	$200
Copagos	$200
Coseguro	$500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$900**

El plan se haría cargo de los demás costos de estos servicios cubiertos por EJEMPLO.

Declaración informativa de la PRA: Según la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146.** Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de **0,08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Oficial, parada de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.