



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.mediexcel.com or by calling 1-855-633-4392.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <u>deductible</u> ?	\$0	See the chart starting on page 2 for your costs for services this <u>plan</u> covers.
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 3 for other costs for services this <u>plan</u> covers.
Is there an <u>out-of-pocket limit</u> on my expenses?	Yes. \$6,750 Individual/ \$13,500 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> ?	<u>Premiums</u> and health care this <u>plan</u> doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Is there an overall annual limit on what the <u>plan</u> pays?	No.	The chart starting on page 2 describes any limits on what the <u>plan</u> will pay for specific covered services, such as office visits.
Does this <u>plan</u> use a <u>network of providers</u> ?	Yes. For a list of <u>preferred providers</u> , see www.mediexcel.com or call 1-855-633-4392.	If you use an <u>in-network</u> doctor or other health care <u>provider</u> , this <u>plan</u> will pay some or all of the costs of covered services. Be aware, your <u>in-network</u> doctor or hospital may use an <u>out-of-network provider</u> for some services. Plans use the term <u>in-network</u> , <u>preferred</u> , or participating for <u>providers</u> in their <u>network</u> . See the chart starting on page 2 for how this <u>plan</u> pays different kinds of <u>providers</u> .
Do I need a referral to see a <u>specialist</u> ?	Yes. MediExcel Health Plan encourages you to receive specialty Services through a referral from your Personal Physician.	This <u>plan</u> will pay some or all of the costs to see a <u>specialist</u> for covered services but only if you have the <u>plan</u> 's permission before you see the <u>specialist</u> .
Are there services this <u>plan</u> doesn't cover?	Yes.	Some of the services this <u>plan</u> doesn't cover are listed on page 4. See your policy or <u>plan</u> document for additional information about <u>excluded services</u> .

Questions: Call 1-855-633-4392 or visit us at www.mediexcel.com.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-855-633-4392 to request a copy.



- **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 **preferred providers** by charging you lower **deductibles**, **copayments** and **coinsurance** amounts.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use a		Limitations & Exceptions
		Plan Provider	Non-Plan Provider	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$30 copay/visit	Not covered	—————none—————
	Specialist visit	\$55 copay/visit	Not covered	—————none—————
	Other practitioner office visit	\$30 copay/visit	Not covered	—————none—————
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	—————none—————
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	\$50/X-ray \$35/blood work	Not covered	Prior authorization is required.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$250	Not covered	Prior authorization is required.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at 1-855-633-4392.	Tier 1 Drugs [Most generic drugs and low cost preferred brands]	\$15 copay/prescription	Not covered	Covers up to a 30-day supply for retail.
	Tier 2 Drugs [Most Non-preferred generic drugs and Preferred brand drugs]	\$55 copay/prescription	Not covered	Certain drugs may be covered at a different cost share.
	Tier 3 Drugs [Most Non-preferred brand drugs]	\$75 copay/prescription	Not covered	In accordance with formulary guidelines.
	Tier 4 Drugs [limited to Specialty pharmacies; drugs requiring self-administration training and clinical monitoring; Plan cost greater than \$600]	20% Coinsurance, up to \$250 per prescription drug	Not covered	Oral anticancer drugs shall not exceed \$200 per month.
If you have	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$600 copay/visit	Not covered	Prior authorization is required.

Questions: Call 1-855-633-4392 or visit us at www.mediexcel.com.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-855-633-4392 to request a copy.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use a		Limitations & Exceptions
		Plan Provider	Non-Plan Provider	
outpatient surgery	Physician/surgeon fees	\$55 copay	Not covered	Non-Plan providers covered when outside the service area
If you need immediate medical attention	Emergency room services	\$250 copay/visit	\$250 copay/visit	waived if admitted
	Emergency medical transportation	\$250	\$250	—————none—————
	Urgent care	\$30 copay	\$30 copay	—————none—————
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$600 copay/day Up to 5 days	Not covered	Prior authorization is required.
	Physician/surgeon fee	\$55 copay	Not covered	—————none—————
If you have mental health, behavioral health, or substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient office visits	\$30 copay/visit	Not covered	—————none—————
	Mental/Behavioral health other outpatient items and services	\$30 copay	Not covered	—————none—————
	Mental/Behavioral health inpatient facility fee (hospital room)	\$600 copay/day Up to 5 days	Not covered	Prior authorization is required.
	Mental/Behavioral health inpatient physician/surgeon fee	\$55 copay	Not covered	—————none—————
	Substance use disorder outpatient office visits	\$30 copay/visit	Not covered	—————none—————
	Substance use disorder other outpatient items and services	\$30 copay/visit	Not covered	—————none—————
	Substance use disorder inpatient facility fee (hospital room)	\$600 copay/day Up to 5 days	Not covered	Prior authorization is required.
	Substance use disorder inpatient physician/surgeon fee	\$55 copay	Not covered	—————none—————
If you are pregnant	Prenatal and postnatal care	Prenatal care: No charge; Postnatal care: No charge	Not covered	Prenatal: Cost sharing is for routine preventive care only; Postnatal: Cost sharing is for the first postnatal visit only.
	Delivery and all inpatient services(hospital room and physician services)	\$655 copay/day Up to 5 days	Not covered	—————none—————

Questions: Call 1-855-633-4392 or visit us at www.mediexcel.com.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-855-633-4392 to request a copy.

Common Medical Event	Services You May Need	Your Cost If You Use a		Limitations & Exceptions
		Plan Provider	Non-Plan Provider	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	\$30 copay/visit	Not covered	Post-operative home health care only.
	Rehabilitation services	\$30 copay/visit	Not covered	_____none_____
	Habilitation services	\$30 copay/visit	Not covered	_____none_____
	Skilled nursing care	\$300 copay/day Up to 5 days	Not covered	_____none_____
	Durable medical equipment	20% coinsurance per item	Not covered	Prior authorization is required.
	Hospice service	No charge	Not covered	Prior authorization is required.
If your child needs dental or eye care	Eye exam	No charge	Not covered	_____none_____
	Glasses	No charge	Not covered	1 pair per year; up to age 19. Contact lenses are covered in lieu of glasses.
	Dental check-up	No charge	Not covered	Limited to dental treatment plan and Prophylaxis (cleaning) every 6 months, up to age 19. See Pediatric Dental Benefits Disclosure for additional information about covered benefit services.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Does NOT Cover (This isn't a complete list. Check your policy or <u>plan</u> document for other <u>excluded services</u> .)		
• Chiropractic care	• Dental Care Treatment (Adult)	• Private-duty nursing
• Cosmetic surgery	• Hearing aids	• Services that are not <u>medically necessary</u> .
• Non-emergency care when in the US.	• Long-term care	• Routine foot care

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.)

Questions: Call 1-855-633-4392 or visit us at www.mediexcel.com.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-855-633-4392 to request a copy.

- Bariatric surgery
- Infertility treatment
- Acupuncture
- Weight loss programs

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 1-855-633-4392. 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: 1-855-633-4392. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the California Department of Managed Health Care at 1(888) 466-2219. 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 California Department of Managed Health Care at 1(888) 466-2219.

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?

The Affordable Care Act establishes a minimum value standard of benefits of a health plan. The minimum value standard is 60% (actuarial value). **This health coverage does meet the minimum value standard for the benefits it provides.**

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-633-4392.

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

Questions: Call 1-855-633-4392 or visit us at www.mediexcel.com.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-855-633-4392 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 **\$5,910**
- Patient pays **\$1,630**

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	\$0
Copays	\$1,480
Coinsurance	\$0
Limits or exclusions	\$150
Total	\$1,630

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

- Amount owed to providers: **\$5,400**
- Plan pays **\$4,340**
- Patient pays **\$1,060**

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	\$0
Copays	\$720
Coinsurance	\$260
Limits or exclusions	\$80
Total	\$1,060

Questions: Call 1-855-633-4392 or visit us at www.mediexcel.com.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-855-633-4392 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.
- Plan and patient payments are based on a single person enrolled on the **plan** or policy.

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 1-855-633-4392 or visit us at www.mediexcel.com.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf or call 1-855-633-4392 to request a copy.



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.mediexcel.com o llamando al 1-855-633-4392

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Revise la gráfica en la pagina 2 para los costos de los servicios que su <u>plan</u> cubre-
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	Usted no tiene que cubrir <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero revise la gráfica en la página 3 para ver los costos de otros servicios que le cubre el <u>plan</u> .
¿Hay un <u>límite para desembolso para mis gastos</u> ?	Si. \$6,750 Individual/ \$13,500 Familiar	El <u>límite de desembolso</u> es lo máximo que usted pagará durante un período cubierto (usualmente un año) por la parte que le corresponde de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear sus gastos por sus cuidados de salud.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de mis desembolsos</u> ?	<u>Primas</u> y cuidados de salud que su <u>plan</u> no le cubre.	A pesar de que usted pague estos gastos, estos no cuentan para su <u>límite de desembolso</u> .
¿Hay un límite anual global para lo que paga el <u>plan</u> ?	No	La gráfica que inicia en la página 2 describe los límites de lo que el <u>plan</u> pagará por servicios específicos cubiertos, tales como visitas al consultorio del médico.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores preferidos</u> vea www.mediexcel.com o llame 1-855-633-4392	Si usted utiliza a un doctor o <u>proveedor de salud</u> que esté <u>dentro de la red</u> , el <u>plan</u> pagará algunos de los costos de los servicios cubiertos. Es posible que un médico u hospital que este <u>dentro de la red</u> utilice a un <u>proveedor que no esté en la red</u> para algunos servicios. Los planes usan los términos <u>dentro de la red</u> , <u>preferidos</u> o participantes para los <u>proveedores</u> que están en su <u>red</u> . Vea la gráfica que inicia en la página 2 para saber cómo le paga el <u>plan</u> a diferentes tipos de <u>proveedores</u> .
¿Necesito una referencia para ver un <u>especialista</u> ?	Sí. MediExcel Health Plan sugiere que usted reciba los <u>Servicios de un especialista a través de una referencia de su Médico Personal</u> .	Este <u>plan</u> pagará una parte o el total de los costos de los servicios cubiertos para ver a un <u>especialista</u> , pero solamente si usted tiene permiso del <u>plan</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

Preguntas: Llame al 1-855-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

¿Hay servicios que el plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que no le cubre este plan están listados en la página 4. Vea su póliza o documento del plan para información adicional acerca de servicios excluidos .
--------------------------------------	-----	--



- **Copago** es una cantidad fija en dólares (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- La cantidad que el **plan** paga por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor fuera de la red** le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital **fuera de la red** le cobra por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (Esto es llamado **saldo facturable**.)
- Este plan le cobrará **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos por utilizar a los **proveedores preferidos**.

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico primario para tratar una condición o herida	\$30 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Consulta con un especialista	\$55 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$30 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No cubierto	-----ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$50/radiografías \$35/análisis de sangre	No cubierto	Requiere autorización previa
	Imágenes (TAC/TEP scan, IRM)	\$250	No cubierto	Requiere autorización previa
	Nivel 1 (Mayormente genéricos y marcas preferidas de bajo costo)	\$15 copago/ medicamento	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días
	Nivel 2 (Mayormente genéricos no preferidos y marcas preferidas)	\$55 copago/ medicamento	No cubierto	Ciertos medicamentos serán cubiertos a diferente costo
	Nivel 3 (Mayormente marcas no preferidas)	\$75 copago/ medicamento	No cubierto	De acuerdo con los lineamientos del formulario

1-800-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Para los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos , llame al 1-855-633-4392	Nivel 4 (Limitado a farmacias de especialidad y auto-administrados; con costo del Plan mayores a \$600)	20% coseguro hasta \$250 por medicamento	No cubierto	Medicamentos orales anti-cancerígenos no excederán \$200
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cargo por uso de la clínica	\$600 copago/visita	No cubierto	Requiere autorización previa
	Tarifa del médico/cirujano	\$55 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-855-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$250 copago/visita	\$250 copago/visita	Sin costo si esta admitido en el hospital.
	Traslado médico de emergencia	\$250 copago	\$250 copago	Coseguro aplica al episodio completo de servicios de cuidados de emergencia.
	Cuidado urgente	\$30 copago/visita	\$30 copago/visita	-----ninguna-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	\$600 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	Requiere autorización previa
	Tarifa del médico/cirujano	\$55 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$30 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta otros artículos y servicios	\$30 copago	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$600 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	Requiere autorización previa
	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta/Tarifa del médico/cirujano	\$55 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$30 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias otros artículos y servicios	\$30 copago	No cubierto	-----ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$600 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	Requiere autorización previa
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias tarifa del médico/cirujano	\$55 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo	No cubierto	-----ninguna-----
	Parto y todos los servicios de internación	\$655 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	-----ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-855-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$30 copago/visita	No cubierto	Únicamente cuidados postoperatorios en el hogar
	Servicios de rehabilitación	\$30 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$30 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Cuidado de enfermería especializado	\$300 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	-----ninguna-----
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No cubierto	-----ninguna-----
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	No cubierto	Requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	No cubierto	-----ninguna-----
	Anteojos	Sin cargo	No cubierto	Un par de lentes por año, hasta los 19 años de edad
	Revisión o chequeo dental	Sin cargo	No cubierto	Limitado a Profilaxis (limpieza) cada 6 meses y planeación de tratamiento odontológico. Ver divulgación de beneficios dentales de pediatría para información adicional de la cobertura y beneficios de servicios.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su Plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> para otros servicios excluidos)		
<ul style="list-style-type: none"> • Quiropráctico • Cirugía Cosmética • Atención que no sea de emergencia en USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento Dental (Adulto) • Prótesis Auditivas • Cuidados de largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera privada • Servicios que no son medicamente necesarios • Cuidados de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía Bariátrica • Acupuntura 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos para Infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas para perder peso

Preguntas: Llame al 1-855-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Su Derecho para Continuar con la Cobertura:

Si usted pierde cobertura en su **plan**, entonces, dependiendo de las circunstancias, leyes Federales y Estatales le pueden proveer protección que le permita mantener su cobertura de salud. Estos derechos pueden ser por tiempo limitado y requerirán que usted pague una **prima**, la cual puede ser significativamente más alta que la **prima** que usted pagaba mientras tenía cobertura de su **plan**. Es posible que apliquen otras limitaciones en sus derechos a continuar la cobertura.

Para mayor información de sus derechos para continuar la cobertura, contacte al **plan** al 1-855-633-4392. También puede contactar a su departamento de seguros del estado, al Departamento del Trabajo de Estados Unidos, Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su Derecho a una Queja o 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 al 1-855-633-4392. Adicionalmente, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su **apelación**. Contacte al Departamento de Salud Administrada de California al 1 (888) 466-2219.

¿Provee esta Cobertura la Cobertura Esencial Mínima?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza ofrece una cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de Acceso a los Idiomas:

English (Ingles): To obtain assistance in English, call 1-855-633-4392.

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Preguntas: Llame al 1-855-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Sobre los Ejemplos de Cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente si está cubierto bajo distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su **plan**. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

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

Nacimiento

(parto normal)

- El proveedor cobra: **\$7,540**
- El plan paga: **\$5,910**
- Usted paga: **\$1,630**

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,480
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$1,630

Control de la diabetes Tipo 2

(control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: **\$5,400**
- El plan paga: **\$4,340**
- Usted paga: **\$1,060**

Ejemplo de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$720
Coseguro	\$260
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,060

Preguntas: Llame al 1-855-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los Ejemplos de Cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen de los Ejemplos de Cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos 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 condición 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 del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores de la red**. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores fuera de la red**, los costos hubieran sido más altos.
- Los pagos del plan y del paciente están basados en una sola persona inscrita en el **plan**.

¿Qué muestra el Ejemplo de Cobertura?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el Ejemplo de Cobertura mis propias necesidades?

✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el Ejemplo de Cobertura predecir mis gastos futuros?

✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que

reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el **plan**.

¿Puedo usar los Ejemplos de Cobertura para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

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

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

Preguntas: Llame al 1-855-633-4392 o visite www.mediexcel.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.