



Employer Coalition Plan 4



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC indica cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se dará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de cobertura, visite [www.wellmark.com](http://www.wellmark.com) o llame al 1-800-524-9242. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-800-524-9242 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : <b>\$3,500</b> individual/ <b>\$7,000</b> familiar por año calendario. Fuera de la <u>red</u> : <b>\$10,500</b> individual/ <b>\$21,000</b> familiar por año calendario.	Normalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos <u>deducibles</u> pagada por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los controles del niño sano, la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> , las prótesis de extremidades dentro de la <u>red</u> y los servicios sujetos a <u>copagos</u> de atención médica y de la tarjeta de medicamentos están cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó el <u>deducible</u> . Sin embargo, puede aplicarse un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No. No hay otros <u>deducibles</u> .	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Atención médica dentro de la <u>red</u> : <b>\$3,500</b> individual/ <b>\$7,000</b> familiar por año calendario. Atención médica fuera de la <u>red</u> : <b>\$10,500</b> individual/ <b>\$21,000</b> familiar por año calendario. Tarjeta de medicamentos: <b>\$3,500</b> individual/ <b>\$7,000</b> familiar por año calendario. Las cantidades máximas de <u>gastos de bolsillo</u> para atención médica y para la tarjeta de medicamentos dentro de la <u>red</u> se cuentan juntos.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los <u>cargos de facturación de saldos</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.wellmark.com">www.wellmark.com</a> o llame al 1-800-524-9242 para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si usa un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que el <u>proveedor</u> cobra y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red</u> (IN) (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red</u> (OON) (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	\$75 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	Los tipos de <u>proveedores</u> de atención primaria (PCP) están en la sección Lo que usted paga del documento de su <u>plan</u> .
	Visita con un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	\$150 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio	Se aplica a <u>proveedores</u> que no son PCP. \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio para servicios quiroprácticos dentro de la <u>red</u> . \$75 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio para servicios quiroprácticos fuera de la <u>red</u> . Los exámenes de audición están cubiertos según las directrices de ACA.
	<u>Atención preventiva/examen médico/vacunación</u>	Sin cargo	0% de <u>coseguro</u>	Un examen preventivo por año calendario. Una mamografía por año calendario. Los controles del niño sano están cubiertos hasta los 7 años. Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagaría.

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en [sbccmfinder.wellmark.com](http://sbccmfinder.wellmark.com).

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red</u> (IN) (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red</u> (OON) (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si se hace una prueba</b>	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Exámenes de laboratorio independiente: \$50 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	Por una prueba en el consultorio o en la clínica de un <u>proveedor</u> , su costo se incluye en los costos compartidos indicados arriba. No se cobra el <u>copago</u> por servicios de laboratorios independientes dentro de la <u>red</u> por casos de salud mental/abuso de sustancias.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o su condición.</b>  Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://www.wellmark.com/prescriptions">www.wellmark.com/prescriptions</a> .	Nivel 1	\$10 de <u>copago</u> por receta	No está cubierto	Consulte su Lista de medicamentos de Blue Rx Value Plus para determinar el nivel que se aplica a un medicamento cubierto. 1 <u>copago</u> por un suministro para 30 días. 3 <u>copagos</u> por suministro para 90 días (venta minorista o pedido por correo). Los <u>medicamentos especializados</u> están cubiertos únicamente cuando se obtienen mediante el Programa de Farmacias de CVS Specialty. Los <u>medicamentos especializados</u> en la lista de medicamentos de PrudentRx (que están en Wellmark.com) tendrán un 30% de <u>coseguro</u> . Si se inscribe en PrudentRx, tendrá un costo compartido del miembro de \$0 para los medicamentos en la lista de PrudentRx. Consulte <a href="http://wellmark.com/prescriptions">wellmark.com/prescriptions</a> para obtener información sobre los medicamentos y las cantidades de medicamentos que necesitan autorización previa de Wellmark para que su plan los cubra.
	Nivel 2	\$40 de <u>copago</u> por receta	No está cubierto	
	Nivel 3	\$85 de <u>copago</u> por receta	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	Preferido: \$200 de <u>copago</u> por receta No preferidos: \$400 de <u>copago</u> por receta	No está cubierto	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Tarifas del <u>médico</u> /cirujano	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en [sbccmfinder.wellmark.com](http://sbccmfinder.wellmark.com).

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red</u> (IN) (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red</u> (OON) (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Servicios en la sala de emergencias</u>	\$350 de <u>copago</u> por visita para el centro y los médicos combinados	\$350 de <u>copago</u> por visita para el centro y los médicos combinados	Por <u>condiciones médicas de emergencia</u> que se traten fuera de la <u>red</u> , es probable que no reciba una factura por el saldo según las normas federales para la implementación de la Ley para evitar sorpresas (No Surprises Act).
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	Para situaciones cubiertas que no sean de emergencia, los servicios de ambulancia terrestre fuera de la <u>red</u> NO se reembolsan a nivel dentro de la <u>red</u> . Es posible que se le facture el saldo por cualquier servicio fuera de la <u>red</u> según lo establecido en las reglas desarrolladas para la implementación de la Ley para evitar sorpresas.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio para centro y médicos combinados	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
<b>Si lo hospitalizan</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Tarifas del <u>médico/ cirujano</u>	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 0% de <u>coseguro</u>	Consultorio: \$75 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en [sbccmfinder.wellmark.com](https://sbccmfinder.wellmark.com).

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red (IN)</u> (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red (OON)</u> (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ultrasonidos). No se aplican costos compartidos para los <u>servicios preventivos</u> . Para todos los servicios dentro de la <u>red</u> que estén fuera de la atención obstétrica de rutina, se pueden aplicar los beneficios mostrados arriba de la consulta en el consultorio.
	Servicios profesionales para el nacimiento/ parto	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	Los beneficios reflejan los servicios de ginecólogos obstetras que normalmente se facturan junto con el parto para los servicios prenatales, posnatales y de parto.
	Servicios del centro para el nacimiento/ parto	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica en casa</u>	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 0% de <u>coseguro</u>	Consultorio: \$75 de <u>copago</u> para PCP/ \$150 de <u>copago</u> para <u>proveedores</u> que no sean PCP, por fecha de servicio Centro: 0% de <u>coseguro</u>	Se aplica un <u>copago</u> de \$25 por <u>proveedor</u> por fecha de servicio a fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y patólogos del habla y el lenguaje dentro de la <u>red</u> . Se aplica un <u>copago</u> de \$75 por <u>proveedor</u> por fecha de servicio a fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y patólogos del habla y el lenguaje fuera de la <u>red</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Consultorio: \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio Centro: 0% de <u>coseguro</u>	Consultorio: \$75 de <u>copago</u> para PCP/ \$150 de <u>copago</u> para <u>proveedores</u> que no sean PCP, por fecha de servicio Centro: 0% de <u>coseguro</u>	Los \$25 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio se aplican a los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y los patólogos del habla y el lenguaje dentro de la <u>red</u> . Los \$75 de <u>copago</u> por <u>proveedor</u> por fecha de servicio se aplican a los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y los patólogos del habla y el lenguaje fuera de la <u>red</u> .

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en [sbccmfinder.wellmark.com](http://sbccmfinder.wellmark.com).

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> dentro de la <u>red (IN)</u> (Usted pagará menos)	Lo que usted pagará <u>Proveedor</u> fuera de la <u>red (OON)</u> (Usted pagará más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)</b>	<u>Atención de enfermería especializada</u>	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Equipo médico duradero</u>	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de hospicio</u>	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	La atención de relevo en hospicio se limita a 15 días para pacientes ingresados y 15 días para pacientes ambulatorios de por vida.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de su plan o llame a Wellmark al 1-800-524-9242. Encontrará su Manual de cobertura en [sbccmfinder.wellmark.com](http://sbccmfinder.wellmark.com).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Atención de custodia en casa o en un centro
- Atención dental (adultos)
- Control dental
- Enfermería especializada extendida en casa
- Examen de la vista
- Anteojos
- Audífonos
- Atención de largo plazo
- Atención de la vista de cuidado de rutina (adulto)
- Cuidado de los pies de rutina
- Ciertos medicamentos de farmacia no están cubiertos
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).**

- Terapia de análisis de comportamiento aplicado
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la infertilidad (excluye algunos servicios)
- La mayor parte de la cobertura que se presta fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada: enfermería especializada intermitente de corto plazo en la casa

**Su derecho a mantener la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si usted quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo contratar una cobertura de seguro individual mediante el Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de seguros, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas formales y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también dan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener ayuda, puede comunicarse con Wellmark llamando al 1-800-524-9242; con la División de Seguros de Iowa (Iowa Insurance Division) llamando al 515-654-6600, o con la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima en general incluye planes, seguro médico disponible mediante el Mercado de seguros u otras políticas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para recibir el crédito fiscal por las primas.

### ¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

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

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

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

## Información sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,500
■ <u>Copago</u> por PCP	\$25
■ <u>Coseguro</u> por hospital (centro)	0%
■ Otro <u>coseguro</u>	0%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto  
 Servicios del centro para el nacimiento/parto  
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita con el especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$3,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
<b>Límites o exclusiones</b>	<b>\$60</b>
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,560</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,500
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> por hospital (centro)	0%
■ Otro <u>coseguro</u>	0%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$50
<u>Copagos</u>	\$1,500
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
<b>Límites o exclusiones</b>	<b>\$20</b>
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,570</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,500
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Copago</u> por hospital (centro)	\$350
■ Otro <u>coseguro</u>	0%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Servicios en la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
<b>Límites o exclusiones</b>	<b>\$0</b>
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,800</b>

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

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

# Aviso federal obligatorio de asequibilidad y no discriminación



## La discriminación está prohibida por ley

Wellmark cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Wellmark no excluye a las personas ni las trata diferente según su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad o sexo.

## Wellmark proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de forma eficaz, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos).
- Servicios idiomáticos gratuitos para personas cuyo idioma principal es distinto al inglés.
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al 800-524-9242.

Si considera que Wellmark no ha proporcionado estos servicios de forma correcta o ha discriminado de otra forma por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo puede presentar una queja formal ante el coordinador de Derechos Civiles de Wellmark: Wellmark Civil Rights Coordinator, 1331 Grand Avenue, Station 5W189, Des Moines, IA 50309-2901, 515-376-4500, TTY 888-781-4262, fax 515-376-9073, correo electrónico [CRC@Wellmark.com](mailto:CRC@Wellmark.com). Puede presentar una queja formal en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles de Wellmark está disponible para ayudarlo. Además, puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo, teléfono o fax a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Room 509F, HHH Building, Washington DC 20201, 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

注意：如果您说普通话，我们可免费为您提供语言协助服务。请拨打 800-524-9242 或（听障专线：888-781-4262）。

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho quý vị. Xin hãy liên hệ 800-524-9242 hoặc (TTY: 888-781-4262).

NAPOMENA: Ako govorite hrvatski, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte 800-524-9242 ili (tekstualni telefon za osobe oštećena sluha: 888-781-4262).

ACHTUNG: Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose sprachliche Assistenzdienste zur Verfügung. Rufnummer: 800-524-9242 oder (TTY: 888-781-4262).

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإننا نوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 800-524-9242 أو (خدمة الهاتف النصي: 888-781-4262).

ສິ່ງຄວນເອົາໃຈໃສ່, ພາສາລາວ ຖ້າທ່ານເວົ້າ: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ທີ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື 800-524-9242 ຕິດຕໍ່ທີ. (TTY: 888-781-4262.)

주의: 한국어 를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 800-524-9242번 또는 (TTY: 888-781-4262)번으로 연락해 주십시오.

ध्यान रखें: अगर आपकी भाषा हिन्दी है, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 800-524-9242 पर संपर्क करें या (TTY: 888-781-4262)।

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance dans votre langue sont à votre disposition gratuitement. Appelez le 800 524 9242 (ou la ligne ATS au 888 781 4262).

Geb Acht: Wann du Deutsch schwetze duscht, kannscht du Hilf in dei eegni Schprooch koschdefrei griege. Ruf 800-524-9242 odder (TTY: 888-781-4262) uff.

โปรดทราบ: หากคุณพูด ไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาสำหรับคุณโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ติดต่อ 800-524-9242 หรือ (TTY: 888-781-4262)

PAG-UKULAN NG PANSIN: Kung Tagalog ang wikang ginagamit mo, may makukuha kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Makipag-ugnayan sa 800-524-9242 o (TTY: 888-781-4262).

တော့သုညါ-နမူကတိကညီကိုင်, ကိုတိတိမတောတိမတောတိ, လာတတဘိလဘိဘူလဲ, ဆီလီလီနီလီ, ဆဲးကျီးဆူ ၈၀၀-၅၂၄-၉၂၄, ၂၅၀၀၅၆ (TTY: ၈၈၈-၇၈၁-၄၂၆) တကွ.

ВНИМАНИЕ! Если ваш родной язык русский, вам могут быть предоставлены бесплатные переводческие услуги. Обращайтесь 800-524-9242 (телетайп: 888-781-4262).

सावधान: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि नि:शुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध गराइन्छ। 800-524-9242 वा (TTY: 888-781-4262) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ አገዛ አገልግሎቶቻችን ከከፍተኛ የገንዘብ፡፡ በ 800-524-9242 ወይም (በTTY: 888-781-4262) ደውለው ያነጋግሩን፡፡

HEETINA To a wolwa Fulfulde laabi walliinde dow wolde, naa e njobdi, ene ngoodi ngam maada. Hebir 800-524-9242 malla (TTY: 888-781-4262).

FUULEFFANNA: Yo isin Oromiffaa, kan dubbattan taatan, tajaajiloonni gargaarsa afaanii, kaffaltii malee, isiniif ni jiru. 800-524-9242 yookin (TTY: 888-781-4262) quunnamaa.

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, для вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Зателефонуйте за номером 800-524-9242 або (телетайп: 888-781-4262).

Ge': Diné k'ehjí yánítí'go níká bizaad bee áká'á adoowoł, t'áá jiik'é, náhóló. Kojí' hólne' 800-524-9242 doodaii' (TTY: 888-781-4262)