

Magna International, Inc.

Standard PPO

Cobertura: Individual/Familiar

Tipo de plan: PPO



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC, se muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** la información acerca del costo de este plan (denominada prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura, o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite www.bcbsm.com o llame al 1-888-890-4943. Para consultar definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-888-890-4943 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas		Por qué esto es importante:
	Dentro de la red	Fuera de la red	
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$500 Individual/ \$1,000 Familiar	\$1,000 Individual/ \$2,000 Familiar	Generalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto de <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .		Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó el monto de <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.		Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite a cargo del miembro de este plan</u> ? (Puede incluir un monto máximo de <u>coseguro</u>).	\$3,500 Individual/ \$7,000 Familiar	\$7,500 Individual/ \$14,000 Familiar	El <u>límite a cargo del miembro</u> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites a cargo del miembro</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite a cargo del miembro</u> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite a cargo del miembro</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldos</u> , cualquier multa de <u>farmacia</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.		Aunque usted pague estos gastos, no se tienen en cuenta para el <u>límite a cargo del miembro</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.bcbsm.com o llame al 1-888-890-4943.		Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como los servicios de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.		Puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección sin una <u>derivación</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que aparecen en este cuadro son después de alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Suceso médico frecuente	Servicios que posiblemente necesite	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	
Si visita una clínica o consultorio de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$25/visita al consultorio; no se aplica un <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$45/visita; no se aplica un <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunación</u>	Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Es posible que usted deba pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego, averigüe qué pagará su <u>plan</u> .
Si le realizan una prueba	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía computarizada por emisión de positrones y resonancia magnética)	Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 40%	Puede requerir <u>autorización previa</u> .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la <u>cobertura para medicamentos recetados</u> en www.express-scripts.com o llamando al 800-818-6632	Medicamentos genéricos o de venta libre recetados	Farmacia minorista: <u>Coseguro</u> del 20%; mín. de \$4 y un máx. de \$25 Pedido por correo: <u>Coseguro</u> del 15%; mín. de \$8 y un máx. de \$50		Límites de cantidad, edad y autorización previa para algunos medicamentos; días límite de suministro en venta minorista y pedido por correo pueden aplicarse.
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista: <u>Coseguro</u> del 25%; mín. de \$20 y un máx. de \$60 Pedido por correo: <u>Coseguro</u> del 20%; mín. de \$40 y un máx. de \$120		
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista: <u>Coseguro</u> del 50%; mín. de \$75 y un máx. de \$150 Pedido por correo: <u>Coseguro</u> del 50%; mín. de \$150 y un máx. de \$300		
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna

Suceso médico frecuente	Servicios que posiblemente necesite	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$150/visita; luego, <u>coseguro</u> del 20% después del deducible	<u>Copago</u> de \$150/visita; luego, <u>coseguro</u> del 20% después del deducible	No corresponde el <u>copago</u> si fue admitido.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Se aplican límites para el millaje.
	<u>Atención de urgencias</u>	<u>Copago</u> de \$50/visita; no se aplica un <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
Si lo internan	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
Si necesita servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 40%	Su parte del costo puede ser diferente para los servicios prestados en un consultorio.
	Servicios hospitalarios	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 40%	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (por ejemplo, ultrasonido); y, según el tipo de servicios, se pueden aplicar <u>costos compartidos</u> . No se aplican <u>costos compartidos</u> a los <u>servicios preventivos</u> .
	Servicios profesionales para partos/nacimientos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	Servicios del centro para partos/nacimientos	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna

Suceso médico frecuente	Servicios que posiblemente necesite	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará el máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Se requiere la certificación del médico.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	La fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional están limitadas a un máximo combinado de 60 visitas por miembro por año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA) para autismo: cuando lo presta un analista conductual certificado (LBA), sujeto a <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitada a un máximo de 120 días por miembro, por año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Excluye equipos para baños, ejercicios y de lujo, y artículos de comodidad y conveniencia. Se requiere receta.
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .	Sin cargo; no se aplica un <u>deducible</u> .	Se requiere la certificación del médico. Visitas ilimitadas.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Exámenes oculares para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Exámenes dentales para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y un listado de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención dental (adulto)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Programas para adelgazar

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar límites a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Cobertura provista fuera de los Estados Unidos. Visite <http://provider.bcbs.com>
- Atención que no sea de emergencia cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos.
- Servicios de enfermería privada
- Atención de los pies de rutina

Sus derechos de continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar la cobertura después de que esta finaliza.

La información de contacto para esas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323, interno 61565, o en www.cciio.cms.gov o llamando al 1-888-890-4943. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguro médico. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja formal y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por rechazar un reclamo. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Blue Cross® and Blue Shield® of Michigan, llamando al 1-888-890-4943.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar la apelación. Comuníquese con el Michigan Health Insurance Consumer Assistance Program (HICAP), Department of Insurance and Financial Services, P. O. Box 30220, Lansing, MI 48909-7720, <http://www.michigan.gov/difs> o difs-HICAP@michigan.gov.

¿Este plan proporciona una Cobertura básica mínima? Sí.

La Cobertura básica mínima en general incluye los planes, el seguro médico disponible a través del mercado u otras pólizas individuales que haya en el mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para determinados tipos de Cobertura básica mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de una prima.

¿Este plan satisface Estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no satisface los Estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal de una prima para ayudarlo a pagar por un plan a través del mercado. (IMPORTANTE: Blue Cross Blue Shield of Michigan asume que su cobertura abarca todas las categorías de Beneficio de salud básico [EHB] según la definición del estado de Michigan. El valor mínimo de su plan puede verse afectado si su plan no cubre ciertas categorías de EHB, como medicamentos recetados, o si su plan proporciona cobertura de categorías de EHB específicas, por ejemplo, medicamentos recetados, a través de otra compañía de seguros).

Servicios lingüísticos de acceso: Consulte el Anexo

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

Acerca de 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 variarán según la atención real que reciba, el precio que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual personal.

Peg va a tener un bebé

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$500
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$45
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	0%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para partos/nacimientos
 Servicios del centro para partos/nacimientos
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,600
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$70
El total que Peg pagaría es	\$2,170

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$500
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$45
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	0%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*que incluyen educación sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$60
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$3,500
El total que Joe pagaría es	\$4,260

Fractura simple de Mía

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$500
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$45
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	0%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
Pruebas diagnósticas (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mía pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$90
<u>Coseguro</u>	\$300
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Mía pagaría es	\$900

Si también tiene cobertura de un plan tipo cuenta, como un acuerdo de gastos médicos flexibles (FSA) integrados, un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) o una cuenta de ahorros para la salud (HSA), puede tener acceso a fondos adicionales para ayudar a cubrir ciertos gastos a cargo del miembro, como el deducible, los copagos o el coseguro o beneficios que no estén cubiertos de otro modo.

El plan será responsable de los otros costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

