

Plan Partners HMO con copago de \$30/\$50, deducible de \$750, gasto máximo de bolsillo de \$3,500

Número de plan: 2601712
Los beneficios se acumulan en un plan anual.
Coseguro de la póliza
Dentro de la red: 10%
Fuera de la red: No está cubierto

	MIEMBRO	FAMILIA
Deducible dentro de la red	\$750	\$1,500
Deducible fuera de la red	No está cubierto	No está cubierto
Gasto máximo de bolsillo dentro de la red (MOOP)	\$3,500	\$7,000
Gasto máximo de bolsillo fuera de la red (MOOP)	No está cubierto	No está cubierto

Servicios Clínicos	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Consultas de atención primaria	No	\$30	No está cubierto	Ejemplo: consultas con su Proveedor de Atención Primaria
Visitas quiroprácticas	No	\$30	No está cubierto	
Exámenes de salud preventivos	No	No se cobra	No está cubierto	La cobertura está limitada a los servicios de salud preventiva según lo define la Ley de Atención Médica Asequible
Consultas de cuidado especializado	Sí	\$50	No está cubierto	Ejemplos: Exámenes de audición con un especialista, consulta con un especialista del espectro autista; La mayoría de los especialistas no necesitan una autorización previa
Vacunas preventivas	No	No se cobra	No está cubierto	La cobertura está limitada a los servicios de salud preventiva según lo define la Ley de Atención Médica Asequible
Atención materna pre y post natal	No	No se cobra	No está cubierto	El valor del costo compartido dentro de la red se limita a los servicios de salud preventiva. Es posible que se apliquen costos compartidos descritos en otras partes de este Resumen de Beneficios dependiendo de la prueba o servicios relacionados con la maternidad.
Radiografías diagnósticas y pruebas de laboratorio	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Las radiografías y análisis de laboratorio de rutina ordenados por su proveedor no necesitan una autorización previa.
Radiología avanzada	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Ejemplos: tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes de resonancia magnética (MRI)
Atención en emergencias y urgencias	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Visitas a cuidado urgente	No	\$30	\$30	
Servicios de ambulancia de emergencia (aérea o terrestre)	No	10% después de aplicar el deducible	10% después de aplicar el deducible	La cobertura se limita a cuidado de emergencia
Visitas a la sala de emergencia	No	\$200 y después la aplicación del deducible y del coseguro	\$200 y después la aplicación del deducible y del coseguro	La cobertura se limita a cuidado de emergencia; Se exime el copago si el paciente es hospitalizado

Número de plan: 2601712
Los beneficios se acumulan en un plan anual.
Coseguro de la póliza
Dentro de la red: 10%
Fuera de la red: No está cubierto

	MIEMBRO	FAMILIA
Deducible dentro de la red	\$750	\$1,500
Deducible fuera de la red	No está cubierto	No está cubierto
Gasto máximo de bolsillo dentro de la red (MOOP)	\$3,500	\$7,000
Gasto máximo de bolsillo fuera de la red (MOOP)	No está cubierto	No está cubierto

Medicamentos con Prescripción	Nivel	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en el Formulario de GHC-SCW Se pueden aplicar autorizaciones previas, límites de cantidad, terapia escalonada, restricciones de edad y otros límites	Nivel 1	\$10	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; Suministro de 31 a 90 días disponible con múltiples copagos - sujeto a un costo límite máximo; Algunos son de marca y muchos son genéricos; Los medicamentos del nivel 1 tienen el mayor valor
	Nivel 2	\$45	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; Suministro de 31 a 90 días disponible con múltiples copagos - sujeto a un costo límite máximo; Muchos son de marca y algunos son genéricos
	Nivel 3	\$60	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; No se ofrece suministro de 31 a 90 días; Con frecuencia hay medicamentos parecidos o equivalentes en los niveles 1 o 2
	Nivel 4 (especialidad)	25% (\$60 mínimo, \$120 máximo)	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; No se ofrece suministro de 31 a 90 días; Puede ser necesario el uso de una farmacia especializada

Las farmacias de las clínicas de GHC y Navitus administran el Beneficio de medicamentos recetados. Los medicamentos recetados NO ESTÁN CUBIERTOS fuera de la red de proveedores de GHC-SCW. Para obtener una lista de medicamentos del formulario, el nivel asignado, requisitos de autorización previa y otras limitaciones que pueden aplicarse, visite <https://www.ghcscw.com>.

Suministros y equipo	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Suministros desechables para personas con diabetes	No	20% hasta alcanzar la cantidad máxima	No está cubierto	El miembro paga coseguro hasta alcanzar un máximo de \$500
Equipo médico duradero	Sí	20%	No está cubierto	
Dispositivos auditivos para miembros de 18 años en adelante	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se limita a un dispositivo auditivo por oído por 36 meses; GHC-SCW indica los modelos específicos o de lo contrario se pueden aplicar otros costos
Dispositivos auditivos para niños hasta los 17 años	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se limita a un dispositivo auditivo por oído por 36 meses
Implantes cocleares y dispositivos auditivos osteointegrados	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	

Servicios hospitalarios	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Servicios de hospitalización: servicios médicos, cirugía, tarifas por instalaciones	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	
Tarifas por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos y por instalaciones para pacientes ambulatorios	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Ciertas cirugías orales no requieren autorización previa
Servicios por instalaciones de enfermería especializada	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se limita a 30 días por hospitalización por miembro

Servicios para la vista	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
-------------------------	---------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------

Número de plan: 2601712
Los beneficios se acumulan en un plan anual.
Coseguro de la póliza
Dentro de la red: 10%
Fuera de la red: No está cubierto

	MIEMBRO	FAMILIA
Deducible dentro de la red	\$750	\$1,500
Deducible fuera de la red	No está cubierto	No está cubierto
Gasto máximo de bolsillo dentro de la red (MOOP)	\$3,500	\$7,000
Gasto máximo de bolsillo fuera de la red (MOOP)	No está cubierto	No está cubierto

Servicios para la vista	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Exámenes de visión	No	No se cobra	No está cubierto	Los exámenes de la vista deben ser realizados por un optómetra dentro de la red de servicio; Se limita a un examen de la vista por miembro por año
Salud Mental y Trastorno por Abuso de Sustancias	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Servicios ambulatorios para salud mental/ trastorno de abuso de sustancias	No	\$30	No está cubierto	Se necesita una autorización previa para servicios de psicología de la salud, exámenes diagnósticos, terapia electroconvulsiva (ECT) y estimulación magnética transcraneal (TMS). Todos los servicios pueden estar sujetos a una revisión continua para determinar la necesidad médica.
Servicios para salud mental/ trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	
Servicios transicionales para salud mental/ trastorno de abuso de sustancias	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	
Servicios dentales	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Servicios de salud dental preventivos para niños	No	No se cobra	No está cubierto	Se limita a dos (2) limpiezas y dos (2) tratamientos de fluoruro por niño menor de 12 años por año
Accidente dental	No	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Reparación inicial de lesión accidental en dientes naturales y en buen estado
Cirugías bucales	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Ciertas cirugías orales no requieren autorización previa
Servicios adicionales	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Hospicio	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Ejemplo: servicios paliativos
Servicios de salud a domicilio	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se limita a 60 visitas por miembro por año
Educación/ asesoría en salud	No	No se cobra	No está cubierto	
Servicios de asistencia para concebir	No	50% hasta alcanzar la cantidad máxima	No está cubierto	El beneficio vitalicio es un pago máximo de \$2,000 por parte de GHC-SCW, el cual se acumula cuando GHC-SCW paga el 50% de coseguro y los primeros \$4,000 de servicios de concepción
Terapia de habla	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Incluye terapia de rehabilitación y habilitación; Con un límite de 20 visitas por terapia por miembro por año
Terapia ambulatoria de habilitación	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Incluye terapia física y ocupacional, limitado a 40 visitas combinadas por miembro por año; consulte el certificado para información adicional
Terapia de rehabilitación cardíaca	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se limita a 36 visitas por miembro por año

Plan Partners HMO con copago de \$30/\$50, deducible de \$750, gasto máximo de bolsillo de \$3,500

Número de plan: 2601712
Los beneficios se acumulan en un plan anual.

Coseguro de la póliza
Dentro de la red: 10%
Fuera de la red: No está cubierto

	MIEMBRO	FAMILIA
Deducible dentro de la red	\$750	\$1,500
Deducible fuera de la red	No está cubierto	No está cubierto
Gasto máximo de bolsillo dentro de la red (MOOP)	\$3,500	\$7,000
Gasto máximo de bolsillo fuera de la red (MOOP)	No está cubierto	No está cubierto

Servicios adicionales	Autorización previa	Usted paga dentro de la red	Usted paga fuera de la red	Notas de beneficios
Terapia ambulatoria de rehabilitación	Sí	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Incluye terapia física y ocupacional, limitado a 40 visitas combinadas por miembro por año; consulte el certificado para información adicional

Notas del Resumen de beneficios

Autorizaciones previas

- Se requiere autorización previa cuando el proveedor no pertenece a la red y no presta los servicios en un contexto de atención primaria. La autorización previa no garantiza la cobertura de estos servicios. Se determina la cobertura de acuerdo con las condiciones del Certificado. Por favor consulte los beneficios que necesitan autorización previa en el Certificado del Miembro. Adicionalmente, los servicios y los artículos médicos que necesitan autorización previa están enumerados en la página web de GHC-SCW en <https://www.ghcscw.com>.
- Confirmar la obtención de la autorización previa es responsabilidad del miembro cuando es obligatoria. No obtener una autorización previa cuando es obligatoria puede ocasionar que el miembro reciba un beneficio menor o ningún beneficio. Para obtener una autorización previa, llame al (608) 257-5294.

Información del proveedor

- Para encontrar un proveedor, consulte el enlace "Buscar un proveedor" (Find a Provider) en <https://www.ghcscw.com> o comuníquese con Servicios para Miembros al (608) 828-4853 o (800) 605-4327, int. 4504.
- Proveedores dentro de la red:** Para encontrar una lista de proveedores dentro de la red, consulte el enlace "Buscar un proveedor" (Find a Provider) en <https://www.ghcscw.com> o comuníquese con Servicios para Miembros al (608) 828-4853 o (800) 605-4327, int. 4504.
- Proveedores fuera de la red:** Un plan de Organización Administradora de Servicios de Salud (Health Managed Organization, HMO) no cubre los proveedores fuera de la red a menos que se haya adquirido una Autorización previa por dichos servicios.

Avisos de GHC-SCW para los miembros

- Edad máxima establecida de los dependientes:** los dependientes tienen cobertura hasta el fin del mes en que cumplen 26 años.
- Esto es solo un resumen.** Usted es responsable de conocer todos los beneficios y las disposiciones de su póliza. Lea todos los documentos minuciosamente, incluido el Certificado del miembro, el Formulario, el Resumen de beneficios y el Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Para encontrar estos documentos, visite <https://www.ghcscw.com> o comuníquese con Servicios para Miembros al (608) 828-4853 o (800) 605-4327, int. 4504.

¿Tiene preguntas o inquietudes?

- Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus beneficios, visite <https://www.ghcscw.com>, o comuníquese con Servicios para Miembros al (608) 828-4853 o (800) 605-4327, int. 4504.

Aviso de no discriminación de GHC-SCW

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW) cumple con las leyes de derechos civiles Federales vigentes y no discrimina sobre la base de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, discapacidad o condición sexual. GHC-SCW no excluye a personas ni las trata de manera diferente a causa de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, discapacidad o condición sexual.

GHC-SCW:

- Proporciona asistencia y servicios para las personas con discapacidad puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de lenguaje gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios a los Miembros de GHC-SCW al (608) 828-4853 o (800) 605-4327, int. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Si cree que GHC-SCW no ha prestados estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, discapacidad o condición sexual, usted puede presentar una reclamación con el Consejero de Funciones Corporativas de GHC-SCW, 1265 John Q. Hammons Drive, Madison, WI 53717, teléfono: (608) 251-4156, TTY: (608) 828-4815, o fax: (608) 257-3842.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Consejero de Funciones Corporativas de GHC-SCW estará a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamentos de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
200 Independence Avenue SW.
Room 509f, HHH Building Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

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

GHC-SCW Language Assistance Services

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Español (Spanish):

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

繁體中文 (Chinese):

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815)。

Deutsch (German):

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-608-828-4853, 1-800-605-4327, ext. 4504 (رقم هاتف الصم والبكم 1-608-828-4815)

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815) 번으로 전화해 주십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese):

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Deitsch (Pennsylvania Dutch):

Wann du [Deitsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

ພາສາລາວ (Lao):

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Français (French):

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Polski (Polish):

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815) पर कॉल करें।

Shqip (Albanian):

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Tagalog (Tagalog – Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).