 **The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.myhighmark.com or call 1-800-822-8753. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.HealthCare.gov/sbc-glossary/ or call 1-800-822-8753 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <u>deductible</u>?	\$3,500 individual/\$7,000 family <u>network</u> . \$6,350 individual/\$12,700 family out-of- <u>network</u> .	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u>?	Yes. <u>Preventive care services</u> are covered before you meet your <u>network deductible</u> . <u>Coinsurance</u> amounts don't count toward the <u>network deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this <u>plan</u> covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost-sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered <u>preventive services</u> at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u>?	\$0 individual/\$0 family <u>network out-of-pocket limit</u> , up to a total maximum out-of-pocket of \$6,550 individual/\$13,100 family. \$10,000 individual/\$20,000 family out-of- <u>network</u> .	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u>?	<u>Network</u> : <u>Premiums</u> , balance-billed charges, and health care this <u>plan</u> doesn't cover do not apply to your total maximum out-of-pocket. <u>Out-of-network</u> : <u>Deductibles</u> , <u>premiums</u> , balance-billed charges, 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> .

An example of a benefit book can be found at <https://shop.highmark.com/sales/#!/sbc-agreements>.

Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.myhighmark.com or call 1-800-822-8753 for a list of <u>network providers</u> .	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your overall **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	You may have to pay for services that aren't <u>preventive</u> . Ask your <u>provider</u> if the services needed are <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> will pay for. Please refer to your <u>preventive</u> schedule for additional information.
	<u>Specialist</u> visit	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	
	<u>Preventive care/screening/immunization</u>	No charge <u>Deductible</u> does not apply.	50% <u>coinsurance</u>	
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Copayments, if any, do not apply to diagnostic services prescribed for the treatment of mental health or substance abuse. Precertification may be required.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.myhighmark.com .	Generic drugs	\$10 <u>copay</u> per prescription (retail) \$20 <u>copay</u> per prescription (mail order)	Not covered	Up to 34-day supply retail pharmacy. Up to 90-day supply maintenance <u>prescription drugs</u> through mail order. Select <u>Specialty Drugs</u> are limited to 31-day Supply.
	<u>Formulary</u> Brand drugs	\$25 <u>copay</u> per prescription (retail) \$50 <u>copay</u> per prescription (mail order)	Not covered	
	Non- <u>Formulary</u> Brand drugs	\$50 <u>copay</u> per prescription (retail) \$100 <u>copay</u> per prescription (mail order)	Not covered	
	<u>Specialty drugs</u>	\$150 <u>copay</u> per prescription (retail) \$150 <u>copay</u> per prescription (mail order)	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
	Physician/surgeon fees	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	30% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Out-of-network: Subject to network deductible.
	<u>Emergency medical transportation</u>	No charge	No charge	Out-of-network: Subject to network deductible.
	<u>Urgent care</u>	30% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	-----none-----
If you have a hospital stay	Facility fees (e.g., hospital room)	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
	Physician/surgeon fees	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
	Inpatient services	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
If you are pregnant	Office visits	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	<p><u>Cost sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u>. Depending on the type of services, a <u>copayment</u>, <u>coinsurance</u>, or <u>deductible</u> may apply.</p> <p>Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound.)</p> <p><u>Network</u>: The first visit to determine pregnancy is covered at no charge. Please refer to the Women's Health <u>Preventive</u> Schedule for additional information. Precertification may be required.</p>
	Childbirth/delivery professional services	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	
	Childbirth/delivery facility services	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
	<u>Rehabilitation services</u>	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Combined <u>network</u> and out-of- <u>network</u> : 20 physical medicine visits, 12 speech therapy, and 12 occupational therapy visits per benefit period. Limit does not apply to therapy services prescribed for the treatment of mental health or substance abuse. Precertification may be required.
	<u>Habilitation services</u>	Not covered	Not covered	-----none-----
	<u>Skilled nursing care</u>	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Combined <u>network</u> and out-of- <u>network</u> : 60 days per benefit period. Precertification may be required.
	<u>Durable medical equipment</u>	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
	<u>Hospice services</u>	30% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Precertification may be required.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	-----none-----
	Children's glasses	Not covered	Not covered	-----none-----
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	-----none-----

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Acupuncture
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- Habilitation services
- Hearing aids
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult)
- Routine foot care
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Bariatric surgery
- Chiropractic care
- Infertility treatment
- Non-emergency care when traveling outside the U.S. See <http://www.bcbsglobalcore.com>

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform, or the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov. The Pennsylvania Department of Consumer Services at 1-877-881-6388. Other options to continue coverage are available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit <http://www.HealthCare.gov> or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim appeal or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact:

- Highmark, Inc. at 1-800-822-8753.
- The Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the Pennsylvania Department of Consumer Services at 1-877-881-6388.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn’t meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

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

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible \$3,500
- Specialist coinsurance 30%
- Hospital (facility) coinsurance 30%
- Other coinsurance 30%

This EXAMPLE event includes services like:

- Specialist office visits (*prenatal care*)
- Childbirth/Delivery Professional Services
- Childbirth/Delivery Facility Services
- Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
- Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$3,500
<u>Copayments</u>	\$10
<u>Coinsurance</u>	\$2,700

What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$6,270

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible \$3,500
- Specialist coinsurance 30%
- Hospital (facility) coinsurance 30%
- Other coinsurance 30%

This EXAMPLE event includes services like:

- Primary care physician office visits (*including disease education*)
- Diagnostic tests (*blood work*)
- Prescription drugs
- Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$3,500
<u>Copayments</u>	\$200
<u>Coinsurance</u>	\$100

What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$3,820

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible \$3,500
- Specialist coinsurance 30%
- Hospital (facility) coinsurance 30%
- Other coinsurance 30%

This EXAMPLE event includes services like:

- Emergency room care (*including medical supplies*)
- Diagnostic test (*x-ray*)
- Durable medical equipment (*crutches*)
- Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$2,800
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$0

What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$2,800

Note: These numbers assume the patient does not participate in the plan's wellness program. If you participate in the plan's wellness program, you may be able to reduce your costs. For more information about the wellness program, please contact: 1-800-822-8753.

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

To find more information about Highmark's benefits and operating procedures, such as accessing the drug formulary or using network providers, please go to [DiscoverHighmark.com](https://www.discoverhighmark.com); or for a paper copy, call 1-855-873-4106.

Discrimination is Against the Law

The Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity. The Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex assigned at birth, gender identity or recorded gender. Furthermore, the Plan will not deny or limit coverage to any health service based on the fact that an individual's sex assigned at birth, gender identity, or recorded gender is different from the one to which such health service is ordinarily available. The Plan will not deny or limit coverage for a specific health service related to gender transition if such denial or limitation results in discriminating against a transgender individual. The Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Phone: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, email: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-269-8412.

Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-888-269-8412.

如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。請致電 1-888-269-8412。

Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số 1-888-269-8412.

한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. 1-888-269-8412 로 전화.

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Tumawag sa 1-888-269-8412.

Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Звоните 1-888-269-8412.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المعاونة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-888-269-8412 .

Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan 1-888-269-8412.

Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez au 1-888-269-8412.

Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń 1-888-269-8412.

Se a sua língua é o português, temos atendimento gratuito para você no seu idioma. Ligue para 1-888-269-8412.

Se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Chiamare l'1-888-269-8412.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen unsere fremdsprachliche Unterstützung kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-888-269-8412.

日本語が母国語の方は言語アシスタンス・サービスを無料でご利用いただけます。 1-888-269-8412 を呼び出します。

اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان با تماس با شماره 1-888-269-8412 .


Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: 01/04/2024 - 31/12/2024

Highmark Blue Cross Blue Shield: PPO Blue

Cobertura para:
Individual/Familiar

Tipo de plan: HDHP

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra 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 proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, www.myhighmark.com o llame al 1-800-822-8753. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-822-8753 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible general</u> ?	\$3,500 individual/\$7,000 por familia dentro de la red. \$6,350 individual/\$12,700 por familia fuera de la red.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>monto del deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible individual</u> hasta que el monto total de <u>los gastos deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible familiar general</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Los servicios de atención preventiva</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible de la red</u> . Los montos de coseguro no cuentan para el <u>deducible de la red</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el <u>monto del deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con <u>los deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Límite de gastos de bolsillo dentro de la red de <u>\$0 por individuos/\$0 por familia</u> , hasta un máximo total de gastos de bolsillo de \$6,550 por individuos/\$13,100 por familias. \$10,000 individual/\$20,000 por familia fuera de la red.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite general de gastos de bolsillo</u> de la familia.

Un ejemplo del libro de beneficios se puede encontrar en <https://shop.highmark.com/sales/#!/sbc-agreements>.

1 of 10

108374-16, 17

GE_10837416_20240401_SBC

<p>¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?</p>	<p>Red: <u>Las primas</u>, los cargos facturados por el saldo y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre no se aplican a su desembolso máximo total.</p> <p>Fuera de la red: <u>deducibles</u>, <u>primas</u>, cargos facturados por el saldo y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.</p>	<p>Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u>.</p>
<p>¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?</p>	<p>Sí. Consulte www.myhighmark.com o llame al 1-800-822-8753 para obtener una lista de proveedores de <u>la red</u>.</p>	<p>Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u>. Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red del plan</u>. Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u>, y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo <u>del proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.</p>
<p>¿Necesita una referencia para ver a un especialista?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>referencia</u>.</p>



Todos los **costos de copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de **que se haya alcanzado** su deducible general, si **se aplica** un deducible.

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	30% de coseguro	50% de coseguro	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que pagará su plan. Consulte su programa preventivo para obtener información adicional.
	Visita al especialista	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Atención preventiva/detección/inmunización	Sin cargo No se aplica deducible.	50% de coseguro	
Si se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30% de coseguro	50% de coseguro	Los copagos, si los hubiera, no se aplican a los servicios de diagnóstico recetados para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias. Es posible que se requiera una certificación previa.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	30% de coseguro	50% de coseguro	

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite www.myhighmark.com .	Medicamentos genéricos	Copago de \$10 por receta (venta al por menor) Copago de \$20 por receta (pedido por correo)	No cubierto	Farmacia minorista con suministro de hasta 34 días. Hasta 90 días de suministro de <u>medicamentos recetados</u> de mantenimiento a través de pedidos por correo. Algunos <u>medicamentos especializados</u> están limitados a un suministro de 31 días.
	<u>Medicamentos de marca del formulario</u>	Copago de \$25 por receta (venta al por menor) Copago de \$50 por receta (pedido por correo)	No cubierto	
	Medicamentos <u>de marca</u> que no están incluidos en el formulario	Copago de \$50 por receta (venta al por menor) Copago de \$100 por receta (pedido por correo)	No cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Copago de \$150 por receta (venta al por menor) Copago de \$150 por receta (pedido por correo)	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
	Honorarios del médico/cirujano	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	30% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Fuera de <u>la red</u> : Sujeto al <u>deducible de la red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Fuera de <u>la red</u> : Sujeto al <u>deducible de la red</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	30% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	-----Ninguno-----

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifas de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
	Honorarios del médico/cirujano	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	<p><u>Los costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u>.</p> <p>Dependiendo del tipo de servicios, <u>se puede aplicar un copago, un coaseguro o un deducible</u>.</p> <p>La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).</p> <p><u>Red</u>: La primera visita para determinar el embarazo está cubierta sin cargo. Consulte el Programa Preventivo de la Salud de la Mujer para obtener información adicional.</p> <p>Es posible que se requiera una certificación previa.</p>
	Servicios profesionales de parto	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	
	Servicios de centros de parto	30% <u>de coaseguro</u>	50% <u>de coaseguro</u>	

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	30% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	30% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Combinado dentro de <u>la red</u> y fuera de <u>la red</u> : 20 visitas de medicina física, 12 de terapia del habla y 12 visitas de terapia ocupacional por período de beneficios. El límite no se aplica a los servicios de terapia recetados para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias. Es posible que se requiera una certificación previa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Combinado dentro de <u>la red</u> y fuera de <u>la red</u> : 60 días por período de beneficios. Es posible que se requiera una certificación previa.
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	30% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
	<u>Servicios de hospicio</u>	30% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	Es posible que se requiera una certificación previa.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Cuidado dental (Adulto)
- Servicios de habilitación
- Audífonos
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado oftalmológico de rutina (Adulto)
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención que no sea de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU. Ver <http://www.bcbsglobalcore.com>

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. El Departamento de Servicios al Consumidor de Pensilvania al 1-877-881-6388. También tiene a su disposición otras opciones para continuar con la cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite <http://www.HealthCare.gov> o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con:

- Highmark, Inc. al 1-800-822-8753.
- La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Consumidor de Pensilvania al 1-877-881-6388.

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito tributario de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

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



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguros) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,500
■ <u>Coaseguro especializado</u>	30%
■ <u>Coaseguro hospitalario (centro)</u>	30%
■ <u>Otros coaseguros</u>	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de especialistas (atención prenatal) Servicios profesionales de parto/parto Servicios de instalaciones de parto/parto Pruebas diagnósticas (ecografías 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>	\$3,500
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coaseguro</u>	\$2,700
<u>Lo que no está cubierto</u>	
<u>Límites o exclusiones</u>	\$60
El total que pagaría Peg es	\$6,270

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,500
■ <u>Coaseguro especializado</u>	30%
■ <u>Coaseguro hospitalario (centro)</u>	30%
■ <u>Otros coaseguros</u>	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida la educación sobre enfermedades) 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>	\$3,500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coaseguro</u>	\$100
<u>Lo que no está cubierto</u>	
<u>Límites o exclusiones</u>	\$20
El total que pagaría Joe es	\$3,820

La fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,500
■ <u>Coaseguro especializado</u>	30%
■ <u>Coaseguro hospitalario (centro)</u>	30%
■ <u>Otros coaseguros</u>	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (incluidos suministros médicos) Prueba diagnóstica (rayos X) Equipo médico duradero (muletas) Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducible</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coaseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
<u>Límites o exclusiones</u>	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,800

Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese al: 1-800-822-8753.

El plan sería responsable de los demás costos de servicios cubiertos en estos EJEMPLOS.

Para obtener más información sobre los beneficios y los procedimientos operativos de Highmark, como el acceso al formulario de medicamentos o el uso de proveedores de la red, visite DiscoverHighmark.com; o para obtener una copia impresa, llame al 1-855-873-4106.

Discrimination is Against the Law

The Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity. The Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex assigned at birth, gender identity or recorded gender. Furthermore, the Plan will not deny or limit coverage to any health service based on the fact that an individual's sex assigned at birth, gender identity, or recorded gender is different from the one to which such health service is ordinarily available. The Plan will not deny or limit coverage for a specific health service related to gender transition if such denial or limitation results in discriminating against a transgender individual. The Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Phone: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, email: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-269-8412.

Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-888-269-8412.

如果您说中文，可向您提供免费语言协助服务。請致電 1-888-269-8412。

Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Xin gọi số 1-888-269-8412.

한국어를 사용하시는 분들을 위해 무료 통역이 제공됩니다. 1-888-269-8412 로 전화.

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha kang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Tumawag sa 1-888-269-8412.

Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Звоните 1-888-269-8412.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فهناك خدمات المعاونة في اللغة المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-888-269-8412 .

Si se Kreyòl Ayisyen ou pale, gen sèvis entèprèt, gratis-ticheri, ki la pou ede w. Rele nan 1-888-269-8412.

Si vous parlez français, les services d'assistance linguistique, gratuitement, sont à votre disposition. Appelez au 1-888-269-8412.

Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń 1-888-269-8412.

Se a sua língua é o português, temos atendimento gratuito para você no seu idioma. Ligue para 1-888-269-8412.

Se parla italiano, per lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica a titolo gratuito. Chiamare l'1-888-269-8412.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen unsere fremdsprachliche Unterstützung kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-888-269-8412.

日本語が母国語の方は言語アシスタンス・サービスを無料でご利用いただけます。 1-888-269-8412 を呼び出します。

اگر شما به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان با تماس با شماره 1-888-269-8412 .