

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

Perdue Farms, Inc.
BluePreferred Advantage 10 Plan

Período de cobertura: 01/01/2024 – 12/31/2024

Cobertura: Solo empleado, empleado + cónyuge, empleado + hijos, familia | Tipo de plan: PPO



El Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, 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: Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) por separado. Esto es solo un resumen.** 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.carefirst.com/sbcg o llamar al 1-855-258-6518 para pedir una copia. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.carefirst.com.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	Dentro de la red: \$600 individual/\$1,500 familiar; Fuera de la red: \$1,500 individual/\$3,000 familiar.	Normalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros familiares inscritos en el plan , es posible que cada familiar necesite alcanzar su propio deducible individual. O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar, dependiendo de la cobertura del plan. Consulte su contrato para obtener más información.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí, todos los servicios de atención preventiva dentro de la red, y los siguientes (solo centros no de hospital, cuando corresponda): Atención primaria, especialista, clínica retail, prueba diagnóstica , medicamentos con receta, cirugía ambulatoria, atención de urgencia , visitas en el consultorio por salud mental, atención médica en casa y servicios de rehabilitación .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si no alcanzó la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No hay otros deducibles específicos.	Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Medicamentos con receta y servicios médicos combinados: Dentro de la red: \$5,000 individual/\$10,000 familiar; fuera de la red: \$10,000 individual/\$17,000 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted puede pagar en un año del plan por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en el plan , es posible que cada familiar necesite alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo . O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar total, dependiendo de la cobertura del plan . Consulte su contrato para obtener más información.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<p>¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?</p>	<p>Las primas, los cargos de facturación de saldos, la atención médica que este plan no cubre, los copagos para ciertos servicios y las penalidades por no obtener la autorización previa para los servicios. Ciertos medicamentos de farmacias especializadas se consideran beneficios médicos no esenciales y están fuera del límite de gastos de bolsillo. Estos medicamentos (que el fabricante puede reembolsarle sin costo si participa en el programa de medicamentos especializados de PrudentRx) no se aplicarán para cubrir su límite de gastos de bolsillo.</p>	<p>Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.</p>
<p>¿Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red?</p>	<p>Sí. Consulte www.carefirst.com o llame al 855-258-6518 para obtener una lista de proveedores de la red.</p>	<p>Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba la factura de un proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.</p>
<p>¿Necesito una remisión para ver a un especialista?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión.</p>

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita a un especialista o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Proveedor: \$30 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Proveedor y hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si un servicio se presta en un centro de hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Visita a un especialista	Proveedor: \$50 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Proveedor y hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si un servicio se presta en un centro de hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Clínica médica	\$30 de copago por visita	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Atención preventiva/examen médico /vacunas	Sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos . Luego, consulte lo que su plan pagará. Consulte su contrato.
Si se hace una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No en hospital: \$30 de copago por visita al PCP/\$50 de copago por visita al especialista Hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de hospital, es posible que se aplique un cargo adicional del centro.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET scans, MRIs)	No en hospital: \$30 de copago por visita al PCP/\$50 de copago por visita al especialista Hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de hospital, es posible que se aplique un cargo adicional del centro.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</p> <p>Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.carefirst.com/rx/group</p>	Medicamentos genéricos no especializados	Farmacia: \$10 de copago Pedido por correo: \$20 de copago	No está cubierto	<p>Los medicamentos que no están listados en el formulario no están cubiertos. Los medicamentos no especializados están disponibles para un suministro de hasta 90 días en farmacias o usando el servicio de pedidos por correo de CVS con un copago de farmacia que se aplica para un suministro de hasta 30 días y un copago de pedido por correo que aplica para un suministro de 31 a 90 días. Los medicamentos de mantenimiento se pueden surtir dos veces en cualquier farmacia antes de que sea necesario surtirlos en una farmacia de CVS o de Walgreens o mediante el servicio de pedidos por correo de CVS. Todos los medicamentos especializados cubiertos por el programa de PrudentRx de asistencia con copagos del fabricante (“Medicamentos especializados de PrudentRx”) están sujetos a 30% de coseguro si usted no participa en el programa; si usted participa en el programa de medicamentos especializados de PrudentRx, puede obtener todos sus medicamentos especializados sin costo. Los medicamentos especializados que no estén disponibles para que suministre una farmacia especializada exclusiva de CVS seguirán el beneficio regular de medicamentos especializados. Si se solicita un medicamento de marca cuando haya un medicamento genérico disponible, usted es responsable del copago del genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Los medicamentos de venta libre y para la disfunción eréctil no están cubiertos. Máximo de por vida de \$10,000 para medicamentos para la fertilidad. Se exige autorización previa y terapia escalonada para ciertas categorías de medicamentos. Sin autorización previa y terapia escalonada, los medicamentos no están cubiertos.</p>
	Medicamentos no especializados de marca preferida	Farmacia: \$30 de copago Pedido por correo: \$60 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos especializados genéricos	Farmacia y pedidos por correo: \$40 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos especializados de marca preferida	Farmacia y pedidos por correo: \$120 de copago	No está cubierto	
	Insulina, jeringas y suministros para diabéticos	El copago de farmacia se aplica a la insulina, las jeringas y los suministros para diabéticos en farmacia y mediante pedidos por correo.	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No en hospital: \$100 de copago por visita Hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	Deducible, luego \$100 de copago por visita, luego 10% del beneficio permitido	Pagado como dentro de la red	Se limita a servicios de emergencias o inesperados que se requieren con urgencia. Es posible que se apliquen tarifas profesionales adicionales. Para otros servicios, usted paga el deducible, luego \$100 de copago y luego 50% del beneficio permitido. No se cobra el copago si lo ingresan.
	Transporte médico de emergencia	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Pagado como dentro de la red	Ninguna
	Atención de urgencia	\$30 de copago por visita	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia
Si tiene una estancia en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa. Fuera de la red: Sin autorización previa, el beneficio permitido se reduce al 50%.
	Tarifa del médico/cirujano	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas en el consultorio: \$30 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Visitas en el consultorio y centro de hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Para el tratamiento en un centro de hospital para pacientes ambulatorios podrían aplicarse cargos adicionales
	Servicios para pacientes hospitalizados	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa; fuera de la red: Sin autorización previa, el beneficio permitido se reduce al 50%. Es posible que se apliquen tarifas profesionales adicionales
Si usted está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	“Sin cargo” solo se aplica a las visitas pre/posnatales de rutina en el consultorio. Para atención obstétrica que no sea de rutina o complicaciones de embarazo, es posible que se apliquen los costos compartidos.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa. Fuera de la red: Sin autorización previa, el beneficio permitido se reduce al 50%. Es posible que se apliquen tarifas profesionales adicionales.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales médicas	Atención médica en casa	Sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa. El plan de tratamiento debe aprobarse antes de que se paguen los beneficios. Los beneficios se limitan a 20 visitas por período de beneficios.
	Servicios de rehabilitación	Visita en el consultorio: \$50 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Visitas en el consultorio y centro de hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de hospital, es posible que se aplique un cargo adicional del centro. Los beneficios de la terapia del habla, la fisioterapia y la terapia ocupacional se limitan a 100 días combinados por período de beneficios.
	Servicios de habilitación	Visita en el consultorio: \$50 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Visitas en el consultorio y centro de hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un centro de hospital, es posible que se aplique un cargo adicional del centro. Los beneficios de la terapia del habla, la fisioterapia y la terapia ocupacional se limitan a 100 días combinados por período de beneficios.
	Atención de enfermería especializada	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa. Centro de enfermería especializada fuera de la red: Sin autorización previa, el beneficio permitido se reduce en un 50%. Los beneficios se limitan a 60 días por período de beneficios combinados con la rehabilitación para pacientes hospitalizados. La admisión debe hacerse en un plazo de 14 días de una estancia en el hospital de al menos 3 días. Enfermería privada para pacientes ambulatorios: Se exige autorización previa. Los beneficios se limitan a 20 días por período de beneficios.
	Equipo médico duradero	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios de hospicio	Deducible, luego 10% del beneficio permitido	Pagado como dentro de la red	Se exige autorización previa. Máximo de hospicio: Los beneficios se limitan a 180 días por período de beneficios. Atención médica de relevo: Los beneficios se limitan a 14 días Duelo: Los beneficios se limitan a 3 sesiones en el plazo de un año de la muerte de una persona. Consejería familiar: Se aplica al máximo de hospicio.

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---|
| • Acupuntura | • Audífonos | • Cuidado de rutina de los pies |
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento por infertilidad | • Programas para bajar de peso |
| • Cirugía cosmética | • Atención de largo plazo | • Atención no quirúrgica para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) (el plan paga hasta un máximo de por vida de \$600) |
| • Atención dental (adultos) | • Atención de rutina de la vista | |

Otros servicios cubiertos (Puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | | |
|---|--|---|--|
| • Atención quiropráctica (se limita a 25 visitas por período de beneficios) | • Cobertura que se da fuera de los EE. UU. Consulte www.carefirst.com | • Atención que no sea de emergencia cuando usted viaje fuera de los EE. UU. | • Enfermería privada (se limita a 20 días por período de beneficios) |
|---|--|---|--|

Su derecho a mantener la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo (Department of Labor Employee Benefits Security Administration), <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, o llame al 1-866-444-EBSA (3272); o Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight), <http://www.cciio.cms.gov>, o llame al 1-877-267-2323 int. 61565. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el [Mercado de seguros](#) médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama 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 toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo, <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, o llame al 1-866-444-EBSA (3272); o Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, <http://www.cciio.cms.gov>, o llame al 1-877-267-2323 int. 61565.

¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado de seguros](#) u otras pólizas de mercado individuales, 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 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](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-258-6518.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-6518.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-258-6518.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-258-6518.

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

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 real 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 dentro de 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 deducible general del plan	\$600
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro)	10%
■ Otro copago	\$30

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$600
Copagos	\$150
Coseguro	\$850
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$1,610

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$600
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre enfermedades*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$600
Copagos	\$690
Coseguro	\$62
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,352

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$600
■ Copago del especialista	\$50
■ Copago del hospital (centro)	\$100
■ Otro copago	\$30

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Servicios en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$600
Copagos	\$470
Coseguro	\$84
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,154

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.