



O documento Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) vai ajudar você a escolher um plano de saúde. O SBC mostra como você e o plano compartilhariam o custo dos serviços de saúde cobertos. **OBSERVAÇÃO:** informações sobre o custo deste plano (chamado prêmio) serão fornecidas separadamente. Este é apenas um resumo. Para mais informações sobre a sua cobertura, ou para obter uma cópia dos termos de cobertura completos, consulte catholicbenefits.org. Para definições gerais de termos comuns, tais como quantidade permitida, faturamento de saldo, cosseguro, copagamento, franquia, prestador ou outros termos sublinhados, veja o Glossário. É possível consultar o Glossário no site www.bluecrossma.com/sbcglossary ou ligar para 1-800-832-3871 para solicitar uma cópia.

Perguntas importantes	Respostas	Por que isso é importante:
Qual é a <u>franquia</u> geral?	\$2,500 membro / \$5,000 família dentro da rede; \$5,000 membro / \$10,000 família fora da rede.	Geralmente, você precisa pagar todos os custos dos <u>prestadores</u> até o valor da <u>franquia</u> antes que este <u>plano</u> comece a pagar. Se você tiver outros membros da família no <u>plano</u> , cada membro da família deve satisfazer sua própria <u>franquia</u> individual até que o montante total das despesas de <u>franquia</u> pago por todos os membros da família atenda a <u>franquia</u> familiar geral.
Existem serviços cobertos antes de você satisfazer a sua <u>franquia</u> ?	Sim. Atendimento preventivo e pré-natal em rede, a maioria das consultas, consultas de saúde mental, consultas de terapia, <u>testes de diagnóstico</u> , raios-x, <u>serviços de cuidados paliativos</u> ; sala de emergência, transporte de emergência.	Este <u>plano</u> cobre alguns itens e serviços mesmo que você ainda não tenha atingido o valor da <u>franquia</u> . Mas um <u>copagamento</u> ou <u>cosseguro</u> pode ser aplicado. Por exemplo, este <u>plano</u> cobre certos <u>serviços preventivos</u> sem <u>custos compartilhados</u> e antes que você atinja a sua <u>franquia</u> . Veja a lista de serviços preventivos cobertos em https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Há outras <u>franquias</u> para serviços específicos?	Não.	Você não precisa atingir as <u>franquias</u> para serviços específicos.
Qual é o limite de <u>desembolso</u> para este <u>plano</u> ?	\$3,000 membro / \$6,000 família dentro da rede; \$6,000 membro / \$12,000 família fora da rede.	O <u>limite de desembolso</u> é o máximo que você pode pagar em um ano para serviços cobertos. Se você tiver outros membros da família neste <u>plano</u> , eles devem atingir os seus próprios <u>limites de desembolso</u> até que o <u>limite de desembolso</u> total da família tenha sido atingido.
O que não está incluído no <u>limite de desembolso</u> ?	Prêmios, <u>despesas emitidas como saldo</u> e cuidados de saúde que este plano não cobre.	Mesmo se você pagar essas despesas, elas não são aplicáveis ao <u>limite de desembolso</u> .
Você pagará menos se usar um <u>prestador da rede</u> ?	Sim. Veja o site www.bluecrossma.com/findadoctor ou telefone a Serviço de Membros em o número no seu cartão de identificação para a lista de <u>fornecedores de rede</u> .	Este <u>plano</u> usa uma <u>rede de prestadores</u> . Você pagará menos se usar um <u>prestador da rede do plano</u> . Você pagará mais se usar um <u>prestador fora da rede</u> e pode receber uma fatura de um <u>prestador</u> pela diferença entre a cobrança do <u>prestador</u> e o que seu <u>plano</u> paga (<u>faturamento do saldo</u>). Esteja ciente de que o seu <u>prestador de rede</u> pode usar um <u>prestador fora da rede</u> para alguns serviços (como exames de laboratório). Verifique com o seu <u>prestador</u> antes de obter serviços.
Preciso de um <u>encaminhamento</u> para consultar um <u>especialista</u> ?	Não	Você pode ver o <u>especialista</u> que você escolher sem <u>indicação</u> .



Todos os custos de **copagamento** e **cosseguro** mostrados nesta tabela são relativos aos custos incorridos depois que sua **franquia** foi atingida, se for aplicada uma **franquia**.

Eventos médicos comuns	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		Dentro da rede (Você pagará o mínimo)	Fora da rede (Você pagará o máximo)	
Se você for a um consultório ou a uma clínica de um <u>prestador</u> de serviços de saúde	Visita de cuidados básicos para tratar uma lesão ou doença	\$30 / consulta	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> se aplica primeiro a fora da rede; família ou clínico geral, internista, médico de OB / GYN, pediatra, <u>especialista</u> em geriatria, enfermeira parteira, nutricionista, nutricionista, clínica de serviços limitados, grupo de <u>prestadores</u> de várias especialidades ou por um médico assistente ou enfermeiro designado como atenção primária
	Consulta com um <u>especialista</u>	\$50 / consulta; \$30 / consulta com quiroprático; \$30 / visita de acupuntura	40% <u>cosseguro</u> ; 40% <u>cosseguro</u> / consulta com quiroprático; 40% visita de <u>cosseguro</u> /acupuntura	A <u>franquia</u> se aplica primeiro a fora da rede; inclui assistente médico ou enfermeiro designado como atendimento especializado; limitado a 18 visitas de quiropráticos por ano do <u>plano</u> ; limitado a 12 visitas de acupuntura por ano do <u>plano</u>
	<u>Cuidados preventivos/triagem/imunização</u>	Nenhum pagamento	40% <u>cosseguro</u> (exames de rotina para adultos não cobertos)	A <u>franquia</u> se aplica primeiro a fora da rede; limitado a horários e / ou frequência com base na idade. Talvez você precise pagar por serviços que não são preventivos. Pergunte ao seu <u>provedor</u> se os serviços necessários são preventivos. Em seguida, verifique o que o seu <u>plano</u> pagará.
Se você fizer um exame	<u>Exame diagnóstico</u> (raios X, exame de sangue)	\$30	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> se aplica primeiro a fora da rede; o <u>copagamento</u> se aplica por data de serviço; pode ser necessária uma <u>pré-autorização</u>
	Imagem (exames TC/PET, RM)	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; pode ser necessária uma <u>pré-autorização</u>

Eventos médicos comuns	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		Dentro da rede (Você pagará o mínimo)	Fora da rede (Você pagará o máximo)	
<p>Se você necessitar de medicamentos para tratar de sua doença ou situação Mais informações sobre <u>cobertura de medicamentos prescritos com receita</u> estão disponíveis no site www.catholicbenefits.org/health/rx.htm ou 877-430-8633.</p>	Medicamentos genéricos	Varejo: \$15 Correio: \$30	Sem cobertura	A franquia não se aplica Farmácia tem um desembolso máximo separado de \$1,500 para cobertura individual e \$3,000 para cobertura familiar Varejo (fornecimento para até 31 dias) / Correio ou Varejo (fornecimento para 32 a 90 dias)
	Marcas preferenciais de medicamentos	Varejo: \$35 Correio: \$70	Sem cobertura	A franquia não se aplica Farmácia tem um desembolso máximo separado de \$1,500 para cobertura individual e \$3,000 para cobertura familiar Varejo (fornecimento para até 31 dias) / Correio ou Varejo (fornecimento para 32 a 90 dias)
	Medicamentos de marcas não preferenciais	Varejo: \$55 Correio: \$110	Sem cobertura	A franquia não se aplica Farmácia tem um desembolso máximo separado de \$1,500 para cobertura individual e \$3,000 para cobertura familiar Varejo (fornecimento para até 31 dias) / Correio ou Varejo (fornecimento para 32 a 90 dias)
	<u>Medicamentos especializados</u>	Varejo: \$55 Correio: \$110	Sem cobertura	A franquia não se aplica Farmácia tem um desembolso máximo separado de \$1,500 para cobertura individual e \$3,000 para cobertura familiar Varejo (fornecimento para até 31 dias) / Correio ou Varejo (fornecimento para 32 a 90 dias)

Eventos médicos comuns	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		Dentro da rede (Você pagará o mínimo)	Fora da rede (Você pagará o máximo)	
Se você passar por uma cirurgia ambulatorial	Taxa da instituição (p. ex., centro cirúrgico ambulatorial)	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro
	Honorários do médico/cirurgião	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro
Se você precisar de pronto atendimento médico	<u>Cuidados na sala de emergência</u>	\$250 / consulta	\$250 / consulta	Isonção de <u>copagamento</u> se admitido
	<u>Transporte médico de emergência</u>	Nenhum pagamento	Nenhum pagamento	Nenhuma.
	<u>Atendimento de urgência</u>	\$50 / consulta	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro para fora da rede
Em caso de internação	Taxa da instituição (p. ex., quarto de hospital)	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	A franquia se aplica primeiro; necessária <u>autorização prévia</u>
	Honorários do médico/cirurgião	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	A franquia se aplica primeiro; necessária <u>autorização prévia</u>
Se você precisar de tratamento mental, comportamental ou por uso abusivo de drogas	Serviços ambulatoriais	\$30 / consulta	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro para fora da rede; <u>autorização prévia</u> exigida para certos serviços
	Serviços de internação	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	A franquia se aplica primeiro; <u>autorização prévia</u> exigida para certos serviços
Em caso de gravidez	Consultas	Nenhum pagamento para cuidado pré-natal; 20% <u>cosseguro</u> para cuidado pós-natal	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro, exceto para atendimento pré-natal em rede; o <u>compartilhamento de custos</u> não se aplica a <u>serviços preventivos</u> em rede; os cuidados de maternidade podem incluir testes e serviços descritos em outros locais na SBC (ou seja, ultrassonografia)
	Serviços profissionais para o parto	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	
	Serviços para o parto/sala de parto	20% <u>cosseguro</u>	40% <u>cosseguro</u>	

Eventos médicos comuns	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		Dentro da rede (Você pagará o mínimo)	Fora da rede (Você pagará o máximo)	
Se você precisar de ajuda para recuperação ou se tiver quaisquer outras necessidades especiais de saúde	<u>Assistência médica domiciliar</u>	20% <u>cosseguero</u>	40% <u>cosseguero</u>	A franquia se aplica primeiro; necessária <u>autorização prévia</u>
	<u>Serviços de reabilitação</u>	\$30 / consulta	40% <u>cosseguero</u>	A <u>franquia</u> se aplica primeiro a fora da rede; limitado a 60 visitas por ano do <u>plano</u> (exceto para autismo, <u>assistência médica domiciliar</u> e terapia da fala)
	<u>Serviços de capacitação</u>	\$30 / consulta	40% <u>cosseguero</u>	A <u>franquia</u> se aplica primeiro a fora da rede; os limites de cobertura da terapia de reabilitação se aplicam; isenção de compartilhamento de custos e limites de cobertura na rede para serviços de intervenção precoce para crianças elegíveis
	<u>Cuidados especializados de enfermagem</u>	20% <u>cosseguero</u>	40% <u>cosseguero</u>	A franquia se aplica primeiro; limitado a 100 dias (somado com hospitais de reabilitação) por ano de <u>plano</u> ; necessária <u>autorização prévia</u>
	<u>Equipamentos médicos duráveis</u>	20% <u>cosseguero</u>	40% <u>cosseguero</u>	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; participação nos custos da rede dispensada por uma bomba de mama por nascimento
	<u>Tratamentos em casas de saúde</u>	Nenhum pagamento	40% <u>cosseguero</u>	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro para fora da rede; <u>autorização prévia</u> exigida para certos serviços
Se a sua criança necessitar de cuidados odontológicos ou de oftalmologia	Exame oftalmológico pediátrico	Nenhum pagamento	40% <u>cosseguero</u>	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro para fora da rede; limitado a um exame por ano de plano
	Óculos infantis	Sem cobertura	Sem cobertura	Nenhuma.
	Consultas odontológicas infantis	Nenhum pagamento para membros com fenda palatina / lábio leporino	40% de <u>cosseguero</u> para membros com fenda palatina / lábio leporino	A <u>franquia</u> aplica-se primeiro para fora da rede; Limitado para membros menores de 18 anos.

Serviços excluídos e outros serviços cobertos:

Serviços que o seu plano geralmente NÃO cobre (verifique o documento da sua apólice ou plano para obter mais informações e uma lista de quaisquer outros serviços excluídos).

- Aborto e outros serviços que não estejam de acordo com os ensinamentos da Igreja Católica
- Óculos infantis
- Cirurgia estética
- Cuidados odontológicos (adultos)
- Atendimento de longo prazo
- Enfermagem privada
- Programas de perda de peso

Outros serviços cobertos (podem ser aplicadas limitações a estes serviços. Esta não é uma lista completa, consulte o documento do plano).

- Acupuntura (12 visitas por ano do plano)
- Cirurgia bariátrica
- Sessões com quiroprático (18 consultas por ano de plano)
- Aparelhos auditivos (\$2,000 por ouvido a cada 36 meses para membros com até 21 anos de idade)
- Tratamento para infertilidade (cobertura para diagnóstico e alguns tratamentos de acordo com as diretrizes)
- Atendimento que não seja de emergência quando em viagem fora dos EUA.
- Exames oftalmológicos de rotina - adultos (um por ano de plano)
- Cuidados de rotina para os pés (somente para pacientes com doenças circulatórias sistêmicas)

Seus direitos para continuar a cobertura: Existem agências que podem ajudá-lo se você quiser continuar sua cobertura depois que terminar o prazo. As informações de contato para essas agências são: o Departamento de Trabalho dos EUA, a Administração de Segurança de Benefícios a Empregados no 1-866-444-EBSA (3272) ou www.dol.gov/ebsa/healthreform e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA em 1-877-267-2323 Ramal 61565 ou www.cciio.cms.gov. O departamento de seguro do seu estado também pode ser capaz de ajudar. Se você reside em Massachusetts, entre em contato com a Divisão de Seguros de Massachusetts pelo telefone 1-877-563-4467 ou www.mass.gov/doj. Outras opções de cobertura podem estar disponíveis para você também, incluindo a compra de cobertura de seguro individual através do Health Insurance Marketplace. Para obter mais informações sobre o Marketplace, acesse www.HealthCare.gov ou ligue para 1-800-318-2596. Para obter mais informações sobre a compra potencial de cobertura individual através de uma troca de estado, você pode entrar em contato com o marketplace do seu estado, se aplicável. Se você reside em Massachusetts, entre em contato com o Massachusetts Health Connector visitando www.mahealthconnector.org. Para obter mais informações sobre os seus direitos de continuar com a cobertura de seu empregador, entre em contato com o patrocinador de seu plano. (O patrocinador do seu plano é geralmente o empregador do membro ou a organização que fornece cobertura de saúde em grupo para o membro).

Seus direitos de reclamações e recursos: Existem agências que podem ajudar se você tiver uma queixa contra o seu plano quanto à negação de uma solicitação. Essa queixa é chamada de reclamação ou recurso. Para obter mais informações sobre os seus direitos, consulte a explicação dos benefícios que você receberá para essa solicitação médica. Os documentos do seu plano também fornecem informações completas para apresentar uma solicitação, um recurso ou uma reclamação por qualquer motivo ao seu plano. Para obter mais informações sobre seus direitos, este aviso ou assistência, ligue para 1-800-832-3871, ou entrar em contato com o patrocinador do seu plano. (O patrocinador do seu plano é geralmente o empregador do membro ou a organização que fornece cobertura de saúde em grupo para o membro).

Este plano fornece cobertura essencial mínima? [Sim]

Se você não tiver a cobertura essencial mínima por um mês, terá de fazer um pagamento quando submeter sua declaração de imposto, a menos que você seja elegível para uma isenção da exigência de que você tenha cobertura de saúde para esse mês.

Esta cobertura satisfaz os padrões de valor mínimo? [Sim]

Se o seu plano não atende aos padrões de valor mínimo, você pode ser elegível para um crédito de impostos do prêmio para ajudá-lo a pagar por um plano através do Marketplace.

Aviso legal: Este documento contém apenas uma descrição parcial dos benefícios, limitações, exclusões e outras disposições deste plano de cuidados com a saúde. Não se trata de uma apólice. É apenas uma visão geral. Não fornece todos os detalhes desta cobertura, incluindo os benefícios, exclusões e limitações da apólice. No caso de haver discrepâncias entre este documento e a apólice, os termos e condições da apólice prevalecerão.

—————*Para ver exemplos de como este plano pode cobrir os custos de uma amostra de situação médica, consulte a próxima seção.*—————

Sobre estes exemplos de cobertura:



Este não é um sistema para estimar custos. Os tratamentos apresentados são apenas exemplos de como este plano pode cobrir os cuidados médicos. Seus custos reais serão diferentes dependendo do cuidado real que você recebe, os preços que os prestadores cobram e muitos outros fatores. Foco nos valores de custos compartilhados (franquias, copagamentos e cosseguro) e serviços excluídos no âmbito do plano. Use esta informação para comparar a parte dos custos que você pode pagar sob planos de saúde diferentes. Observe que esses exemplos de cobertura são baseados apenas na cobertura.

Peg vai ter um bebê

(9 meses de cuidados pré-natal dentro da rede e parto no hospital)

■ Franquia total do plano	\$2,500
■ Cosseguro da taxa de parto	20%
■ Cosseguro da taxa do estabelecimento	20%
■ Cosseguro de testes diagnósticos	\$30

Este EXEMPLO de evento inclui serviços como:

Consultas a especialistas (*cuidados pré-natal*) Serviços profissionais para o parto
Serviços para o parto/sala de parto
Exames de diagnóstico (*ultrassonografias e exames de sangue*)
Consulta a especialista (*anestesia*)

Custo Total do Exemplo	\$12,800
-------------------------------	-----------------

Neste exemplo, Peg pagaria:

<i>Custos compartilhados</i>	
Franquia	\$2,400
Copagamentos	\$100
Cosseguros	\$500
<i>O que não está coberto</i>	
Limites ou exclusões	\$80
Peg pagaria o total de	\$3,080

Tratamento do Diabetes Tipo 2 do Joe

(um ano de cuidados rotineiros dentro da rede de uma condição bem controlada)

■ Franquia total do plano	\$2,500
■ Copagamento de consulta a especialista	\$50
■ Copagamento de visita para cuidados básicos	\$30
■ Copagamento de testes diagnósticos	\$30

Este EXEMPLO de evento inclui serviços como:

Visitas ao consultório do médico de família (*incluindo educação sobre doenças*)
Exames de diagnóstico (*exame de sangue*)
Medicamentos prescritos
Equipamento médico durável (*medidor de glicose*)

Custo Total do Exemplo	\$7,400
-------------------------------	----------------

Neste exemplo, Joe pagaria:

<i>Custos compartilhados</i>	
Franquia	\$0
Copagamentos	\$400
Cosseguros	\$0
<i>O que não está coberto</i>	
Limites ou exclusões	\$6,000
Joe pagaria o total de	\$6,400

Fratura simples da Mia

(visita à sala de emergência dentro da rede e cuidados de acompanhamento)

■ Franquia total do plano	\$2,500
■ Copagamento de consulta a especialista	\$50
■ Copagamento de sala de emergência	\$250
■ Copagamento de serviços de ambulância	\$0

Este EXEMPLO de evento inclui serviços como:

Cuidados no pronto-socorro (*incluindo suprimentos médicos*)
Exames de diagnóstico (*raios X*)
Equipamentos médicos duráveis (*muletas*)
Serviços de reabilitação (*fisioterapia*)

Custo Total do Exemplo	\$1,900
-------------------------------	----------------

Neste exemplo, Mia pagaria:

<i>Custos compartilhados</i>	
Franquia	\$0
Copagamentos	\$400
Cosseguros	\$0
<i>O que não está coberto</i>	
Limites ou exclusões	\$0
Jacque pagaria o total de	\$400

000362779 (3/20) JB

Este plano seria responsável pelos outros custos desses EXEMPLOS de serviços cobertos.