

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](http://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 franquia geral?	<b>\$4,000</b> membro / <b>\$8,000</b> família dentro da rede; <b>\$8,000</b> membro / <b>\$16,000</b> 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. <u>Atendimento preventivo</u> e pré-natal em rede	Este plano cobre alguns itens e serviços mesmo que você ainda não tenha alcançado 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 alcance a sua <u>franquia</u> . Confira a lista de serviços preventivos cobertos no site <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Existem outras <u>franquias</u> para serviços específicos?	Não.	Você não precisa alcançar as <u>franquias</u> para serviços específicos.
Qual é o limite de <u>desembolso</u> para este <u>plano</u> ?	<b>\$7,000</b> membro / <b>\$14,000</b> família dentro da rede; <b>\$14,000</b> membro / <b>\$28,000</b> 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 plano, eles devem alcançar os seus próprios <u>limites de desembolso</u> até que o <u>limite de desembolso</u> total da família tenha sido alcançado.
O que não está incluído no <u>limite de desembolso</u> ?	<u>Prêmios</u> , <u>saldo das taxas de faturamento</u> , e cuidados de saúde que este plano não cobre.	Embora você pague essas despesas, elas não são aplicáveis ao <u>limite de desembolso</u> .
Você pagará menos se usar um <u>prestador da rede</u> ?	Sim. Consulte o site <a href="http://bluecrossma.com/findadoctor">bluecrossma.com/findadoctor</a> ou ligue para o número de Serviço aos Membros no seu cartão de identificação para obter uma lista de <u>prestadores da rede</u> .	Este <u>plano</u> usa uma <u>rede de prestadores</u> . Você pagará menos se usar <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 pela diferença</u> entre a cobrança de um <u>prestador</u> e o que seu <u>plano</u> paga ( <u>faturamento do saldo</u> ). Lembre-se de que seu <u>prestador da 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 quiser sem <u>indicação</u> .



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

Eventos médicos comuns	Serviços os quais 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)	
<b>Se você for a um consultório ou uma clínica de um prestador de serviços de saúde</b>	Visita de cuidados básicos para tratar uma lesão ou doença	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro
	Consulta com um <u>especialista</u>	20% cosseguro; 20% cosseguro / visita ao quiroprático; 20% cosseguro / visita de acupuntura	40% cosseguro; 40% cosseguro / visita ao quiroprático; 40% cosseguro / visita de acupuntura	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; limitado a 18 visitas de quiroprático por ano do <u>plano</u> ; limitado a 12 visitas de acupuntura por ano do <u>plano</u>
	<u>Cuidados preventivos/exames/imunização</u>	Nenhum pagamento	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro para serviços 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.
<b>Se você fizer um exame</b>	<u>Exame diagnóstico</u> (raios X, exames de sangue)	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; pode ser necessária uma <u>autorização prévia</u>
	Imagem (exames CT/PET, RM)	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; pode ser necessária uma <u>autorização prévia</u>
<b>Se você precisar de medicamentos para tratar de sua doença ou condição</b> Mais informações sobre <b>cobertura de medicamentos</b> estão disponíveis no site <a href="http://www.catholicbenefits.org/health/rx.htm">www.catholicbenefits.org/health/rx.htm</a> ou pelo telefone 877-430-8633.	Medicamentos genéricos	20% cosseguro	Sem cobertura	Se o medicamento for preventivo, não há custo. De outra forma, a franquia se aplica primeiro.
	Marcas preferenciais de medicamentos	20% cosseguro	Sem cobertura	Se o medicamento for preventivo, não há custo. De outra forma, a franquia se aplica primeiro.
	Medicamentos de marcas não preferenciais	20% cosseguro	Sem cobertura	Se o medicamento for preventivo, não há custo. De outra forma, a franquia se aplica primeiro.
	<u>Medicamentos especializados</u>	20% cosseguro	Sem cobertura	Se o medicamento for preventivo, não há custo. De outra forma, a franquia se aplica primeiro.

Eventos médicos comuns	Serviços os quais 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 de instituição (ex.: centro cirúrgico ambulatorial)	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; a <u>autorização prévia</u> é necessária para certos serviços
	Honorários do médico/cirurgião	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; a <u>autorização prévia</u> é necessária para certos serviços
Se você precisar de pronto atendimento médico	<u>Cuidados na sala de emergência</u>	20% cosseguro	20% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro para serviços em rede e fora da rede
	<u>Transporte médico de emergência</u>	Nenhum pagamento	Nenhum pagamento	A <u>franquia</u> se aplica primeiro para serviços em rede e fora da rede
	<u>Atendimento de urgência</u>	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro
Em caso de internação	Taxa de instituição (ex.: quarto de hospital)	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; <u>autorização prévia</u> exigida
	Honorários do médico/cirurgião	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; <u>autorização prévia</u> exigida
Se você precisar de tratamento mental, comportamental ou por uso abusivo de drogas	Serviços ambulatoriais	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; a <u>autorização prévia</u> é necessária para certos serviços
	Serviços de internação	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; a <u>autorização prévia</u> é necessária para certos serviços
Em caso de gravidez	Consultas	Nenhum pagamento para cuidados pré-natais; 20% cosseguro para cuidados pós-natais	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro, exceto para cuidados pré-natais em rede; o <u>compartilhamento de custos</u> não se aplica a <u>serviços preventivos</u> em rede; cuidados de maternidade podem incluir exames e serviços descritos em outros locais na SBC (ex.: ultrassom)
	Serviços profissionais para o parto	20% cosseguro	40% cosseguro	
	Serviços para o parto/sala de parto	20% cosseguro	40% cosseguro	

Eventos médicos comuns	Serviços os quais 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% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; <u>autorização prévia</u> exigida
	<u>Serviços de reabilitação</u>	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; limitado a 60 visitas por <u>plano</u> por ano (exceto para autismo, <u>assistência médica domiciliar</u> e terapia da fala)
	<u>Serviços de capacitação</u>	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; os limites de cobertura de terapia de reabilitação se aplicam; isenção de limites de cobertura de intervenção precoce para crianças elegíveis
	<u>Cuidados especializados de enfermagem</u>	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; limitado a 100 dias (em combinação a doenças crônicas e hospitais de reabilitação) por ano do <u>plano</u> ; <u>autorização prévia</u> exigida
	<u>Equipamentos médicos duráveis</u>	20% cosseguro	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; isenção de compartilhamento de custos em rede para uma bomba de mama por nascimento
	<u>Tratamentos em casa de saúde</u>	Nenhum pagamento	40% cosseguro	A <u>franquia</u> se aplica primeiro; a <u>autorização prévia</u> é necessária para certos serviços
Se seu filho precisar de cuidados odontológicos ou de oftalmologia	Exame oftalmológico pediátrico	Nenhum pagamento	40% <u>cosseguro</u>	A <u>franquia</u> se aplica primeiro para serviços fora da rede; limitado a um exame por ano do <u>plano</u>
	Óculos infantis	Sem cobertura	Sem cobertura	Nenhum
	Consultas odontológicas infantis	Nenhum pagamento para membros com fenda palatina / lábio leporino	40% <u>cosseguro</u> para membros com fenda palatina / lábio leporino	A <u>franquia</u> se aplica primeiro para serviços fora da rede; limitado a membros abaixo de 18 anos de idade

### Serviços excluídos e outros serviços cobertos:

**Serviços que 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)
- Cuidados de longo prazo
- Enfermagem privada
- Programas de perda de peso

**Outros serviços cobertos (Pode haver limitações a estes serviços. Esta não é uma lista completa. Por favor, consulte o documento do plano).**

- Acupuntura (12 visitas por ano do plano)
- Cirurgia bariátrica
- Sessões com quiroprático (18 visitas por ano do plano)
- Aparelhos auditivos (\$2,000 por ouvido a cada 36 meses para membros com até 21 anos de idade)
- Tratamentos 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 exame por ano do 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 para 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 no site [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA no 1-877-267-2323 Ramal 61565 ou pelo site [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). O departamento de seguro do seu estado também poderá ajudá-lo. Se você reside em Massachusetts, entre em contato com a Divisão de Seguros de Massachusetts no 1-877-563-4467 ou [www.mass.gov/doi](http://www.mass.gov/doi). Outras opções de cobertura também podem estar disponíveis para você, incluindo a compra de cobertura de seguro individual através do Health Insurance Marketplace. Para obter mais informações sobre o Marketplace, acesse [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) ou ligue para 1-800-318-2596. Para obter mais informações para 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 o site [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org). Para obter mais informações sobre seus direitos de continuar com a cobertura de seu empregador, entre em contato com o patrocinador do seu plano. (O patrocinador do seu plano geralmente é 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 seu plano quanto à negação de uma solicitação. Essa queixa é chamada de reclamação ou recurso. Para obter mais informações sobre 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 entre em contato com o patrocinador do seu plano. (O patrocinador do seu plano geralmente é o empregador do membro ou a organização que fornece cobertura de saúde em grupo para o membro.)

#### **Este plano fornece cobertura essencial mínima? Sim.**

Cobertura Essencial Mínima geralmente inclui planos, planos de saúde disponíveis através do Marketplace ou outras apólices individuais disponíveis, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, e outros tipos de cobertura. Se você for elegível para certos tipos de Cobertura Essencial Mínima, você talvez não seja elegível a receber um crédito fiscal de prêmio de plano de saúde.

#### **Essa 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 são diferentes dependendo do cuidado real que você recebe, os preços que os prestadores cobram e muitos outros fatores. Observe os valores de custos compartilhados (franquias, copagamentos e cosseguero) e serviços excluídos no âmbito do plano. Use estas informações 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)

■ <u>Franquia total do plano</u>	\$4,000
■ <u>Cosseguero da taxa de parto</u>	20%
■ <u>Cosseguero da taxa do estabelecimento</u>	20%
■ <u>Cosseguero de exames diagnósticos</u>	20%

#### Este EXEMPLO de evento inclui serviços como:

Consultas a especialistas (cuidados pré-natais)

Serviços profissionais para o parto

Serviços para o parto/sala de parto

Exames diagnósticos (ultrassons e exames de sangue)

Visita de especialista (anestesia)

**Custo Total do Exemplo**      **\$12,700**

#### Neste exemplo, Peg pagaria:

<i>Custos compartilhados</i>	
<u>Franquia</u>	\$4,000
<u>Copagamentos</u>	\$0
<u>Cossegueros</u>	\$1,700
<i>O que não está coberto</i>	
Limites ou exclusões	\$60
<b>Peg pagaria o total de</b>	<b>\$5,760</b>

### Tratamento de Diabetes Tipo 2 do Joe

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

■ <u>Franquia total do plano</u>	\$4,000
■ <u>Cosseguero de consulta a especialista</u>	20%
■ <u>Cosseguero de visita para cuidados básicos</u>	20%
■ <u>Cosseguero de exames diagnósticos</u>	20%

#### 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

Equipamentos médicos duráveis (medidor de glucose)

**Custo Total do Exemplo**      **\$5,600**

#### Neste exemplo, Joe pagaria:

<i>Custos compartilhados</i>	
<u>Franquia</u>	\$4,000
<u>Copagamentos</u>	\$0
<u>Cossegueros</u>	\$300
<i>O que não está coberto</i>	
Limites ou exclusões	\$20
<b>Joe pagaria o total de</b>	<b>\$4,320</b>

### Fratura simples da Mia

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

■ <u>Franquia total do plano</u>	\$4,000
■ <u>Cosseguero de consulta a especialista</u>	20%
■ <u>Cosseguero da sala de emergência</u>	20%
■ <u>Copagamento de serviços de ambulância</u>	\$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**      **\$2,800**

#### Neste exemplo, Mia pagaria:

<i>Custos compartilhados</i>	
<u>Franquia</u>	\$2,800
<u>Copagamentos</u>	\$0
<u>Cossegueros</u>	\$0
<i>O que não está coberto</i>	
Limites ou exclusões	\$0
<b>Mia pagaria o total de</b>	<b>\$2,800</b>

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

000859256 (4/21) MR