



Whoa & Co, Inc. High Plan

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

Whoa & Co, Inc.: Plan médico

Periodo de cobertura: 07/01/2026 – 06/30/2027
Cobertura para: Individual, familia | Tipo de plan: PPO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con el servicio al cliente de CAS al 855-373-8232. 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.casbenefits.com o llamar al 855-373-8232 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Proveedores dentro de la red : \$500 Individual / \$1,500 Familia Proveedores fuera de la red : \$10,000 Individual / \$30,000 Familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que los gastos de deducible pagados por todos alcancen el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de alcanzar el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque todavía no haya alcanzado el deducible . Sin embargo, puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, el plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No hay ningún deducible adicional que deba alcanzar antes de que este plan comience a pagar servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Proveedores dentro de la red : \$2,500 Individual / \$7,500 Familia Proveedores fuera de la red : \$20,000 Individual / \$60,000 Familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar total.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte www.accesscas.com o llame al 855-373-8232 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que un proveedor dentro de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios, como análisis de laboratorio. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede atenderse con el especialista que elija sin una derivación .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Afección médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 de copago por visita, (cargo por consulta, análisis, radiografías, inyecciones y servicios para alergias) sin deducible Todos los demás servicios: 30% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	El copago se aplica únicamente al cargo por la consulta en el consultorio del médico, los análisis de laboratorio, las radiografías y las inyecciones. Incluye la telemedicina, excepto Teladoc. Usted no paga por las consultas a través de Teladoc.
	Consulta con un especialista	\$30 de copago por visita, sin deducible Todos los demás servicios: 30% coseguro , después del deducible	40% de coseguro después del deducible	El copago se aplica únicamente al cargo por la consulta en el consultorio del médico, los análisis de laboratorio, las radiografías y las inyecciones. Incluye la telemedicina, excepto Teladoc. Usted no paga por las consultas a través de Teladoc.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Cubierto al 100%	40% de coseguro después del deducible	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$30 de copago por visita, sin deducible	40% de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica. El beneficio de medicamentos con receta médica es administrado por US-Rx Care. Si tiene preguntas, llame al 1-877-200-5533 o visite www.us-rxcare.com .	Nivel 1: genéricos preferidos y algunos medicamentos de marca	Farmacia minorista y pedido por correo: \$10 de copago (30 días) \$20 de copago (60 días) \$30 de copago (90 días)	No cubierto	Medicamentos preventivos: sin cargo
	Nivel 2: medicamentos de marca preferidos y algunos genéricos	Farmacia minorista y pedido por correo: \$20 de copago (30 días) \$40 de copago (60 días) \$60 de copago (90 días)	No cubierto	No se aplica el deducible. Cubre un suministro de hasta 90 días en farmacia minorista o por pedido por correo. El suministro de 90 días se aplica únicamente a los niveles 1, 2 y 3. El copago se aplica por receta médica. No se cobra ni se aplica deducible a los medicamentos preventivos.
	Nivel 3: medicamentos de marca y genéricos no preferidos	Farmacia minorista y pedido por correo: \$40 de copago (30 días) \$80 de copago (60 días) \$120 de copago (90 días)	No cubierto	Se aplica la disposición de dispensar según lo indicado (DAW). Si compra un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, pagará la diferencia

Afección médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
				de costo entre el medicamento genérico y el de marca.
	Nivel 4: medicamentos de especialidad	Farmacia minorista y pedido por correo: \$350 de copago (30 días)	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización.
	Tarifas del médico/cirujano	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$250 de copago por visita y luego 10% de coseguro después del deducible		
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro después del deducible		Transporte desde la ciudad o localidad donde la persona cubierta quede incapacitada hasta el hospital más cercano capacitado para tratar la lesión corporal accidental o enfermedad, y de regreso.
	Atención de urgencia	En hospital: 10% de coseguro después del deducible En los demás centros: \$60 de copago por visita, sin deducible	40% de coseguro después del deducible	Lo que pagará por los servicios relacionados, como análisis de sangre, radiografías y diagnóstico por imágenes, se indica por separado.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de coseguro después del deducible	\$500 de copago por admisión y luego 40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización.
	Tarifas del médico/cirujano	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	Consulta en el consultorio: \$30 de copago por visita, sin deducible Otros servicios ambulatorios: 10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Incluye telemedicina.
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización.
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	Consulta inicial: \$30 de copago por visita, sin deducible Todas las demás consultas: 10% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, puede aplicarse coseguro . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del SBC, por ejemplo, ecografías.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10% de coseguro después del deducible	\$500 de copago por admisión y luego 40% de coseguro después del deducible	

Afección médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10% de coseguro deducible después del deducible	\$500 de copago por admisión y luego 40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización para hospitalizaciones que superen 48 horas tras un parto vaginal o 96 horas tras una cesárea. Los gastos del bebé no se cuentan como gastos de la madre; por lo tanto, puede aplicarse el deducible familiar.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	10% de coseguro deducible después del deducible	40% de coseguro deducible después del deducible (el plan paga un máximo de \$55 por visita)	Limitado a 100 días por año calendario. Se requiere preautorización .
	Servicios de rehabilitación/habilitación	10% de coseguro deducible después del deducible	40% de coseguro deducible después del deducible	La terapia física y ocupacional se limita a un máximo combinado de 60 consultas por año. La terapia del habla y auditiva se limita a 30 consultas por año. La atención quiropráctica se limita a 30 consultas por año. Se requiere preautorización para los servicios hospitalarios.
	Atención de enfermería especializada	10% de coseguro deducible después del deducible	40% de coseguro deducible después del deducible (el plan paga un máximo de \$200 por día)	Limitado a 100 días por año calendario. Se requiere preautorización.
	Equipo médico duradero	10% de coseguro deducible después del deducible	40% de coseguro deducible después del deducible	Se requiere preautorización para equipos médicos duraderos de más de \$500, así como para escúteres o sillas de ruedas eléctricos o motorizados y dispositivos de compresión neumática.
	Servicios de cuidados paliativos	10% de coseguro deducible después del deducible	40% de coseguro deducible después del deducible (el plan paga un máximo de \$55 por visita)	La consejería por duelo está cubierta si se recibe dentro de los 6 meses posteriores al fallecimiento. Los servicios hospitalarios y ambulatorios se limitan a 185 días de por vida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	40% de coseguro deducible después del deducible	La cobertura se limita a lo exigido por la PPACA.
	Anteojos para niños	No cubierto		Ninguna.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.accesscas.com

Afección médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Control dental para niños	Sin cargo	40% de coseguro después del deducible	La cobertura se limita a la evaluación del riesgo para la salud bucal exigida por la PPACA.

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 - Cirugía bariátrica - Cirugía estética - Atención dental (adultos y niños)	- Audífonos - Tratamientos de infertilidad (excepto el diagnóstico o tratamiento de una condición médica subyacente) - Atención a largo plazo - Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos	- Atención rutinaria de la vista (adultos y niños) - Cuidado rutinario de los pies (excepto por enfermedad metabólica o vascular periférica) - Programas para bajar de peso
Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
- Atención quiropráctica - Enfermería privada		

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si desea mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU., 1-866-444-3272 o <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. También puede haber otras opciones, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios de esa [reclamación](#) médica. Los documentos del [plan](#) también incluyen toda la información necesaria para presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja formal](#). Para obtener más información o asistencia, llame al 1-855-373-8232.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del [mercado](#) individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.
Si su [plan](#) no cumple el [valor mínimo estándar](#), podría ser elegible para un [crédito fiscal para primas](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:
Español: Para obtener asistencia en español, llame al 855-373-8232

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

El número de control OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo necesario para completarla es, en promedio, de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de esta estimación o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) 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 con distintos [planes](#) médicos. Estos ejemplos se basan únicamente en cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención rutinaria dentro de la red para una condición bien controlada)		Fractura simple de Mía (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ El deducible general del plan	\$500	■ El deducible general del plan	\$500	■ El deducible general del plan	\$500
■ Coseguro del médico de atención primaria	\$30	■ Copago por consulta con especialista	\$30	■ Copago por consulta con especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	10%	■ Coseguro del hospital (establecimiento)	10%	■ Copago del hospital (establecimiento)	\$250
■ Otro coseguro	10%	■ Otro coseguro	10%	■ Otro coseguro	10%
Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Consultas con especialistas (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto Exámenes de diagnóstico (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con un especialista (<i>anestesia</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Consultas con el médico de atención primaria (<i>incluida la educación sobre enfermedades</i>) Exámenes de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta médica Equipo médico duradero (<i>glucómetro</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (<i>incluidos los suministros médicos</i>) Examen de diagnóstico (<i>radiografía</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)	
Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mía pagaría:	
Costos compartidos		Costos compartidos		Costos compartidos	
Deducibles	\$500	Deducibles	\$500	Deducibles	\$500
Copagos	\$10	Copagos	\$700	Copagos	\$100
Coseguro	\$1,200	Coseguro	\$40	Coseguro	\$300
Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$1,770	El total que Joe pagaría es	\$1,260	El total que Mía pagaría es	\$900

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