



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, call 1-800-817-3056 (TTY: 711) or visit us at <https://www.lifewise.com/summary-of-benefits>. 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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-817-3056 (TTY: 711) to request a copy.

| Important Questions | Answers | Why this Matters: |
|--|---|--|
| What is the overall deductible? | <u>In-network</u> : \$600 Individual / \$1,200 Family. | 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 deductible? | Yes. Does not apply to some <u>copayments</u> , certain <u>prescription drugs</u> and services listed below as “No charge.” | 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 deductibles for specific services? | No. | You don’t have to meet <u>deductibles</u> for specific services. |
| What is the out-of-pocket limit for this plan? | <u>In-network</u> : \$7,000 Individual / \$14,000 Family. | 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 out-of-pocket limit? | <u>Premium</u> , <u>balance-billed</u> charges, penalties for failure to obtain <u>prior authorization</u> for services, and health care this plan doesn't cover. | Even though you pay these expenses, they don’t count toward the <u>out-of-pocket limit</u> . |
| Will you pay less if you use a network provider? | Yes. See LifeWise Alpine medical <u>network</u> . For a list of <u>in-network providers</u> , see http://www.lifewise.com or call 1-800-817-3056. | 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 | \$15 <u>Copay</u> /visit. <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | —————none————— |
| | <u>Specialist</u> visit | \$40 <u>Copay</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | —————none————— |
| | <u>Preventive care</u> / <u>screening</u> / immunization | No charge <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | 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. |
| If you have a test | <u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work) | Lab & professional services: \$20 <u>Copay</u> X-rays & imaging: \$30 <u>Copay</u> <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | —————none————— |
| | Imaging (CT/PET scans, MRIs) | \$300 <u>Copay</u> | Not covered | <u>Prior authorization</u> required for some outpatient imaging tests. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage. |
| If you need drugs to treat your illness or condition | Preferred Generic drugs | \$10 <u>Copay</u> (retail) \$30 <u>Copay</u> (mail) <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). No charge for specific preventive drugs. <u>Prior authorization</u> required for some drugs. |
| | Preferred brand drugs | \$60 <u>Copay</u> (retail) \$180 <u>Copay</u> (mail) <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). <u>Prior authorization</u> required for some drugs. |

More information about prescription drug coverage is available at <https://www.lifewisewa.co>

| 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) | |
| m/documents/052167_2025.pdf | Non-preferred brand drugs | \$100 <u>Copay</u> (retail) \$300 <u>Copay</u> (mail) <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). <u>Prior authorization</u> required for some drugs. |
| | <u>Specialty drugs</u> | \$100 <u>Copay</u> <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | Covers up to a 30 day supply. Only covered at specific contracted specialty pharmacies. <u>Prior authorization</u> required for some drugs |
| If you have outpatient surgery | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) | \$350 <u>Copay</u> /visit | Not covered | <u>Prior authorization</u> required for some services. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage. |
| | Physician/surgeon fees | \$75 <u>Copay</u> /visit | Not covered | —————none————— |
| If you need immediate medical attention | <u>Emergency room care</u> | \$450 <u>Copay</u> /visit | \$450 <u>Copay</u> /visit | Emergency room <u>copayment</u> waived if admitted to hospital. |
| | <u>Emergency medical transportation</u> | \$375 <u>Copay</u> /trip <u>Deductible</u> does not apply. | \$375 <u>Copay</u> /trip <u>Deductible</u> does not apply. | —————none————— |
| | <u>Urgent care</u> | Hospital based: \$450 <u>Copay</u> /visit Freestanding center: \$35 <u>Copay</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply. | Hospital based: \$450 <u>Copay</u> /visit Freestanding center: Not covered | —————none————— |
| If you have a hospital stay | Facility fee (e.g., hospital room) | \$525 <u>Copay</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | One <u>copayment</u> per day up to a maximum of 5 <u>copayments</u> per admission for inpatient services. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage. |
| | Physician/surgeon fee | Included in facility fee. | Not covered | —————none————— |

| 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 | \$15 <u>Copay</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | —————none————— |
| | Inpatient services | \$525 <u>Copay</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | One <u>copayment</u> per day up to a maximum of 5 <u>copayments</u> per admission for inpatient services. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage |
| If you are pregnant | Office visits | No charge <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | <u>Cost sharing</u> does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound). |
| | Childbirth/delivery professional services | Included in childbirth/delivery facility services. | Not covered | <u>Prior authorization</u> is not required. <u>Cost sharing</u> does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound). |

| 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) | |
| | Childbirth/delivery facility services | \$525 <u>Copay</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | One <u>copayment</u> per day up to a maximum of 5 <u>copayments</u> per admission for inpatient services. <u>Cost sharing</u> does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound). <u>Prior authorization</u> is not required. However, you should notify the carrier of your admission for delivery as soon as reasonably possible. |
| If you need help recovering or have other special health needs | <u>Home health care</u> | \$15 <u>Copay</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | Limited to 130 visits per calendar year |
| | <u>Rehabilitation services</u> | Outpatient: \$25 <u>Copay</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply. Inpatient: \$525 <u>Copay</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | One <u>copayment</u> per day up to a maximum of 5 <u>copayments</u> per admission for inpatient services. Limited to 25 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage. |
| | <u>Habilitation services</u> | Outpatient: \$25 <u>Copay</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply. Inpatient: \$525 <u>Copay</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | One <u>copayment</u> per day up to a maximum of 5 <u>copayments</u> per admission for inpatient services. Limited to 25 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage. |

| 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) | |
| | <u>Skilled nursing care</u> | \$350 <u>Copay</u> per day | Not covered | Limited to 60 days per calendar year. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage. |
| | <u>Durable medical equipment</u> | 20% <u>coinsurance</u> | Not covered | <u>Prior authorization</u> required to buy some medical equipment over \$750. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage. |
| | <u>Hospice services</u> | Outpatient: \$15 <u>Copay</u> /day <u>Deductible</u> does not apply. Inpatient: \$525 <u>Copay</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. | Not covered | One <u>copayment</u> per day up to a maximum of 5 <u>copayments</u> per admission for inpatient services. Respite care limited to 14 days lifetime. |
| If your child needs dental or eye care | Children's eye exam | No charge <u>Deductible</u> does not apply. | No charge <u>Deductible</u> does not apply. | Limited to one exam per calendar year (under age 19). |
| | Children's glasses | No charge <u>Deductible</u> does not apply. | No charge <u>Deductible</u> does not apply. | Frames and lenses limited to 1 pair per calendar year. |
| | 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.)

- Assisted fertility treatment
- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult)
- Weight loss programs

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

- Abortion
- Acupuncture (12 visits/year)
- Chiropractic care or other spinal manipulations (10 visits/year)
- Foot care

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: 1-800-562-6900 for the state insurance department, or the insurer at 1-800-817-3056 or TTY 711. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit 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 grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: your plan at 1-800-817-3056, or the state insurance department at 1-800-562-6900.

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 Minimum Value Standards? **Not Applicable.**

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.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-817-3056 or TTY 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-817-3056 or TTY 711.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-817-3056 or TTY 711.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-817-3056 or TTY 711.

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

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 <u>in-network</u> pre-natal care and a hospital delivery) | |
|---|----------------|
| ■ The plan's overall deductible | \$600 |
| ■ Specialist copayment | \$40 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$525 |
| ■ Other copayment | \$350 |
| This EXAMPLE event includes services like: | |
| <u>Specialist</u> office visits (<i>prenatal care</i>) | |
| Childbirth/Delivery Professional Services | |
| Childbirth/Delivery Facility Services | |
| <u>Diagnostic tests</u> (<i>ultrasounds and blood work</i>) | |
| <u>Specialist</u> visit (<i>anesthesia</i>) | |
| Total Example Cost | \$12,700 |
| In this example, Peg would pay: | |
| <u>Cost Sharing</u> | |
| <u>Deductibles</u> | \$0 |
| <u>Copayments</u> | \$2,300 |
| <u>Coinsurance</u> | \$0 |
| <u>What isn't covered</u> | |
| Limits or exclusions | \$60 |
| The Total Peg would pay is | \$2,360 |

| Managing Joe's type 2 diabetes (a year of routine <u>in-network</u> care of a well-controlled condition) | |
|--|----------------|
| ■ The plan's overall deductible | \$600 |
| ■ Specialist copayment | \$40 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$525 |
| ■ Other copayment | \$350 |
| This EXAMPLE event includes services like: | |
| <u>Primary care physician</u> office visits (<i>including disease education</i>) | |
| <u>Diagnostic tests</u> (<i>blood work</i>) | |
| <u>Prescription drugs</u> | |
| <u>Durable medical equipment</u> (<i>glucose meter</i>) | |
| Total Example Cost | \$5,600 |
| In this example, Joe would pay: | |
| <u>Cost Sharing</u> | |
| <u>Deductibles</u> | \$30 |
| <u>Copayments</u> | \$1,800 |
| <u>Coinsurance</u> | \$0 |
| <u>What isn't covered</u> | |
| Limits or exclusions | \$20 |
| The Total Joe would pay is | \$1,850 |

| Mia's Simple Fracture (<u>in-network</u> emergency room visit and follow up care) | |
|--|----------------|
| ■ The plan's overall deductible | \$600 |
| ■ Specialist copayment | \$40 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$525 |
| ■ Other copayment | \$350 |
| This EXAMPLE event includes services like: | |
| <u>Emergency room care</u> (<i>including medical supplies</i>) | |
| <u>Diagnostic test</u> (<i>x-ray</i>) | |
| <u>Durable medical equipment</u> (<i>crutches</i>) | |
| <u>Rehabilitation services</u> (<i>physical therapy</i>) | |
| Total Example Cost | \$2,800 |
| In this example, Mia would pay: | |
| <u>Cost Sharing</u> | |
| <u>Deductibles</u> | \$600 |
| <u>Copayments</u> | \$1,200 |
| <u>Coinsurance</u> | \$60 |
| <u>What isn't covered</u> | |
| Limits or exclusions | \$0 |
| The Total Mia would pay is | \$1,860 |

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

Notice of availability and nondiscrimination 800-817-3056 | TTY: 711

Call for free language assistance services and appropriate auxiliary aids and services.

Llame para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares apropiados.

呼吁提供免费的语言援助服务和适当的辅助设备及服务。

呼籲提供免費的語言援助服務和適當的輔助設備及服務。

Gọi cho các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ thích hợp.

무료 언어 지원 서비스와 적절한 보조 도구 및 서비스를 신청하십시오.

Звоните для получения бесплатных услуг по переводу и других вспомогательных средств и услуг.

Tumawag para sa mga libreng serbisyo ng tulong sa wika at angkop na mga karagdagang tulong at serbisyo.

Звертайте за безкоштовною мовною підтримкою та відповідними додатковими послугами.

សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ព្រមទាំងសេវាកម្ម និងជំនួយចាំបាច់ដែលសមរម្យផ្សេងៗ។

無料言語支援サービスと適切な補助器具及びサービスをお求めください。

ለነፃ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እና ተገቢ ድጋፍ ሰጪ አጋዥ ማሳሰቢያዎችን እና አገልግሎቶችን ለማግኘት በስልክ ቁጥር

Tajaajiloota deeggarsa afaan bilisaa fi gargaarsaa fi tajaajiloota barbaachisaa ta'an argachuuf bilbilaa.

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਚੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Fordern Sie kostenlose Sprachunterstützungsdienste und geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen an.

ໂທເພື່ອຮັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ການບໍລິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດທີ່ເໝາະສົມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

Rele pou w jwenn sèvis asistans lengwistik gratis ak èd epi sèvis oksilyè ki apwopriye.

Appelez pour obtenir des services gratuits d'assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés.

Zadzwoń, aby uzyskać bezpłatną pomoc językową oraz odpowiednie wsparcie i usługi pomocnicze.

Ligue para serviços gratuitos de assistência linguística e auxiliares e serviços auxiliares adequados.

Chiama per i servizi di assistenza linguistica gratuiti e per gli ausili e i servizi ausiliari appropriati.

اتصل للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية والمساعدات والخدمات المناسبة.

برای خدمات کمک زبانی رایگان و کمک‌ها و خدمات امدادی مقتضی، تماس بگیرید.

Discrimination is against the law. LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes. LifeWise does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. LifeWise provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). LifeWise provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include qualified interpreters and information written in other languages. If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that LifeWise has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-6396, TTY: 711, Fax: 425-918-5592, Email AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our 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 Ave 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>. You can also file a civil rights complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint Portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.





El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios cubiertos de atención médica. **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 o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-817-3056 (TTY: 711) o visitenos en <https://www.lifewise.com/summary-of-benefits>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-817-3056 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> total? | <u>Dentro de la red</u> : \$600 individual/ \$1,200 familiar. | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de su familia se encuentran en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia. |
| ¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. No se aplica a algunos <u>copagos</u> , a determinados <u>medicamentos con receta</u> ni a los servicios que a continuación figuran como "Sin cargo". | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el <u>desembolso máximo</u> para este <u>plan</u> ? | <u>Dentro de la red</u> : \$7,000 individual/ \$14,000 familiar. | Este <u>desembolso máximo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia se encuentran en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus <u>desembolsos máximos</u> hasta que se alcance el <u>desembolso máximo</u> familiar general. |
| ¿Qué no se incluye en el <u>desembolso máximo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> , las penalizaciones en caso de no obtener una <u>autorización previa</u> para los servicios y los servicios de atención médica que este plan no cubre. | Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su <u>desembolso máximo</u> . |

| | | |
|--|--|--|
| <p>¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?</p> | <p>Sí. Consulte la <u>red</u> médica de LifeWise Alpine. Para ver una lista de <u>proveedores en la red</u>, consulte http://www.lifewise.com o llame al 1-800-817-3056.</p> | <p>Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u>. Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la red del <u>plan</u>. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u>, y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar 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>¿Se necesita un <u>referido</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?</p> | <p>No.</p> | <p>Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u>.</p> |



Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro solo se aplican después de alcanzar su deducible general, si se aplica un deducible.

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | <u>Proveedor dentro de la red</u> (pagará menos) | <u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más) | |
| <p>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> de atención médica</p> | <p>Visita de atención primaria para tratar una afección o lesión</p> | <p>\$15 de <u>copago</u>/visita. No se aplica el <u>deducible</u>.</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>-----Ninguna-----</p> |
| | <p>Visita a un <u>especialista</u></p> | <p>\$40 de <u>copago</u>/visita, no se aplica el <u>deducible</u>.</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>-----Ninguna-----</p> |
| | <p><u>Atención preventiva/exámenes de detección/inmunización</u></p> | <p>Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u>.</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u>. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u>. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u>.</p> |
| <p>Si se le realiza un examen</p> | <p><u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)</p> | <p>Laboratorio y servicios profesionales: \$20 de <u>copago</u> Radiografías e imágenes: \$30 de <u>copago</u> No se aplica el <u>deducible</u>.</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>-----Ninguna-----</p> |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|---|
| | | <u>Proveedor dentro de la red</u> (pagará menos) | <u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más) | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | <u>Copago</u> de \$300 | Sin cobertura | Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en https://www.lifewisewa.com/documents/052167_2025.pdf . | Medicamentos genéricos preferidos | \$10 de <u>copago</u> (en farmacia minorista) \$30 de <u>copago</u> (farmacia de pedidos por correo) No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista) y un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos. |
| | Medicamentos de marcas preferidas | \$60 de <u>copago</u> (en farmacia minorista) \$180 de <u>copago</u> (farmacia de pedidos por correo) No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista) y un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos. |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | \$100 de <u>copago</u> (en farmacia minorista) \$300 de <u>copago</u> (farmacia de pedidos por correo) No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista) y un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos. |
| | <u>Medicamentos especializados</u> | \$100 de <u>copago</u> No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en determinadas farmacias especializadas contratadas. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos. |
| Si le hacen una operación ambulatoria | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | \$350 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos servicios. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura. |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$75 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | \$450 de <u>copago</u> por visita | \$450 de <u>copago</u> por visita | No se cobra el <u>copago</u> de la sala de emergencias si es admitido al hospital. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | \$375 de <u>copago</u> por viaje No se aplica el <u>deducible</u> . | \$375 de <u>copago</u> por viaje No se aplica el <u>deducible</u> . | -----Ninguna----- |
| | <u>Atención de urgencia</u> | En el hospital: \$450 de <u>copago</u> /visita En un centro independiente: \$35 de <u>copago</u> /visita No se aplica el <u>deducible</u> . | En el hospital: \$450 de <u>copago</u> /visita Centro independiente: No cubierto | -----Ninguna----- |
| Si es hospitalizado | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital) | \$525 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Un <u>copago</u> por día hasta un máximo de 5 <u>copagos</u> por admisión para servicios internos. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura. |
| | Honorarios del médico o cirujano | Incluido en la tarifa de la instalación. | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso por sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | -----Ninguna----- |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---------------------------|----------------------------------|--|--|---|
| | | <u>Proveedor dentro de la red</u> (pagará menos) | <u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más) | |
| | Servicios internos | \$525 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Un <u>copago</u> por día hasta un máximo de 5 <u>copagos</u> por admisión para servicios internos. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | El <u>costo compartido</u> no se aplica a la atención prenatal de rutina y la primera visita posnatal y ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías). |
| | Servicios de parto profesionales | Incluido en los servicios del centro de partos/nacimientos. | Sin cobertura | No se requiere una <u>autorización previa</u> . El <u>costo compartido</u> no se aplica a la atención prenatal de rutina y la primera visita posnatal y ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías). |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|--|---|
| | | <u>Proveedor dentro de la red</u> (pagará menos) | <u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más) | |
| | Servicios de parto prestados en un establecimiento | \$525 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Un <u>copago</u> por día hasta un máximo de 5 <u>copagos</u> por admisión para servicios internos. El <u>costo compartido</u> no se aplica a la atención prenatal de rutina y la primera visita posnatal y ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías). No se requiere una <u>autorización previa</u> . Sin embargo, debe informar a la compañía aseguradora de su admisión para la entrega lo antes que sea posible. |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | \$15 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Se limita a 130 visitas por año calendario. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$25 de <u>copago</u> por visita No se aplica el <u>deducible</u> . Paciente hospitalizado \$525 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Un <u>copago</u> por día hasta un máximo de 5 <u>copagos</u> por admisión para servicios internos. Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura. |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|
| | | <u>Proveedor dentro de la red</u> (pagará menos) | <u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más) | |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Paciente ambulatorio: \$25 de <u>copago</u> por visita No se aplica el <u>deducible</u> . Paciente hospitalizado \$525 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Un <u>copago</u> por día hasta un máximo de 5 <u>copagos</u> por admisión para servicios internos. Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | \$350 de <u>copago</u> por día | Sin cobertura | Se limita a 60 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura | Se requiere <u>autorización previa</u> para la compra de algún equipo médico duradero por encima de \$750. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura. |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | Paciente ambulatorio \$15 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . Paciente hospitalizado \$525 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Un <u>copago</u> por día hasta un máximo de 5 <u>copagos</u> por admisión para servicios internos. La atención de relevo se limita a 14 días de por vida. |
| Si su hijo necesita servicios odontológicos u oftalmológicos | Examen de la vista para niños | No se aplica el <u>deducible</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> . | Se limita a un examen por año calendario (menores de 19 años). |
| | Anteojos para niños | No se aplica el <u>deducible</u> . | No se aplica el <u>deducible</u> . | Los marcos y lentes se limitan a un par por año calendario. |
| | Control dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | -----Ninguna----- |

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 otros servicios excluidos).

- Tratamiento de fertilización asistida
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de EE. UU.
- Servicios de enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Aborto
- Acupuntura (12 visitas por año)
- Atención quiropráctica u otras manipulaciones de la columna vertebral (10 visitas por año)
- Atención podológica

Sus derechos para continuar la cobertura: hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: 1-800-562-6900 para el departamento de seguros del estado, o la aseguradora al 1-800-817-3056 o TTY 711. Es posible que existan otras opciones de cobertura disponibles para usted, como una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja formal y una apelación: hay organismos que pueden ayudarle 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 que recibirá para dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también brindan 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, sobre este aviso o si necesita ayuda: comuníquese con su plan al 1-800-817-3056, o con el departamento de seguros de su estado al 1-800-562-6900.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no pueda acceder al crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No corresponde.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, tal vez pueda acceder a un crédito fiscal para las primas que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de ayuda en su idioma:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-817-3056 o TTY 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-817-3056 o TTY 711.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-817-3056 o TTY 711.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-817-3056 o TTY 711.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo 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 el tratamiento que efectivamente reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y a los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga presente 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 el parto en el hospital)

| | |
|--|-------|
| ■ <u>El deducible general del plan</u> | \$600 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$40 |
| ■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u> | \$525 |
| ■ <u>Otro copago</u> | \$350 |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)

Servicios de parto/nacimiento profesionales

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costo compartido</u> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$0 |
| <u>Copagos</u> | \$2,300 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que pagaría Peg es | \$2,360 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|--|-------|
| ■ <u>El deducible general del plan</u> | \$600 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$40 |
| ■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u> | \$525 |
| ■ <u>Otro copago</u> | \$350 |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)

Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta médica

Equipos médicos duraderos (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <u>Costo compartido</u> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$30 |
| <u>Copagos</u> | \$1,800 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,850 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|--|-------|
| ■ <u>El deducible general del plan</u> | \$600 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$40 |
| ■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u> | \$525 |
| ■ <u>Otro copago</u> | \$350 |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos insumos médicos*)

Prueba diagnóstica (*radiografía*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <u>Costo compartido</u> | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$600 |
| <u>Copagos</u> | \$1,200 |
| <u>Coseguro</u> | \$60 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,860 |

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.