



## Resource Guide

### Guía de Recursos

1-800-547-2927 | TTY 711

### Si Usted No Tiene Seguro Médico, Esto Es Lo Que una Cirugía Común Podría Costarle

\* Gastos máximos de su bolsillo/límite = Cantidad máxima que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en los deducibles, copagos, y coseguros por cuidado y servicios dentro de la red, su plan médico paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.

Para 2025, el deducible máximo es igual al máximo gasto de su bolsillo.

### If You Don't Have Health Insurance, Here Is What a Common Surgery Could Cost You

\* Max out of pocket = The maximum pay out of pocket for covered services in a plan year. After you've paid this amount (i.e., deductibles, copayments, and coinsurance for in-network care and services), your health plan will then pay 100% of the costs for covered benefits.

For 2025, your maximum deductible is the same as the out-of-pocket maximum.

Surgery / Cirugía	Out-of-Pocket Cost WITHOUT Health Insurance / Costo de Su Bolsillo SIN Cobertura de Seguro Médico	Max Out-of-Pocket* WITH Health Insurance through Nevada Health Link / Máximo Gasto de Su Bolsillo* CON Seguro Médico, a través de Nevada Health Link
Heart Bypass / Derivación Cardíaca	\$123,000*	<b>\$9,200*</b>
Hip Replacement / Reemplazo de la Cadera	\$40,364*	
Knee Replacement / Reemplazo de la Rodilla	\$35,000*	
Angioplasty / Angioplastia	\$28,200*	
Cesarean Section Birth / Parto por Cesárea	\$10,000 - \$25,000**	

### Utilice Esta Tabla para Ver si Califica para Recibir Asistencia Financiera para Reducir el Pago de su Prima Mensual

Nevada Health Link utiliza el Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) del 138% al 400%. Otros residentes todavía pueden calificar con menos del nivel FPL 138%. Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 multiplicado por el porcentaje del FPL por cada persona adicional. 100% \$15,060. Ver más en: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

### Use This Chart to See if You Qualify for Financial Assistance to Reduce Your Monthly Premium Payment

Nevada Health Link uses the Federal Poverty Level (FPL) guidelines from 138% - 400%. Other residents may still qualify below the FPL 138%. For families/households with more than 8 persons, add \$5,380 multiplied by FPL percentage. 100% \$15,060. See more at: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Family Size / Tamaño De La Familia	138% FPL	200% FPL	250% FPL	300% FPL	400% FPL
1	\$20,782.80	\$30,120.00	\$37,650.00	\$45,180.00	\$60,240.00
2	\$28,207.20	\$40,880.00	\$51,100.00	\$61,320.00	\$81,760.00
3	\$35,631.60	\$51,640.00	\$64,550.00	\$77,460.00	\$103,280.00
4	\$43,056.00	\$62,400.00	\$78,000.00	\$93,600.00	\$124,800.00
5	\$50,480.40	\$73,160.00	\$91,450.00	\$109,740.00	\$146,320.00
6	\$57,904.80	\$83,920.00	\$104,900.00	\$125,880.00	\$167,840.00
7	\$65,329.20	\$94,680.00	\$118,350.00	\$142,020.00	\$189,360.00
8	\$72,753.60	\$105,440.00	\$131,800.00	\$158,160.00	\$210,880.00
Above 8	\$7,424 Per Person	\$10,760 Per Person	\$13,450 Per Person	\$16,140 Per Person	\$21,520 Per Person



### 4 Out of 5 Nevada Health Link Plan Enrollees Qualify for Financial Assistance

4 de Cada 5 Nevadenses Inscritos en un Plan a través de Nevada Health Link Reciben Asistencia Financiera

## Broker/Navigator Locations / Ubicaciones de Agente/Navegadores

### Las Vegas

**Jennifer Lorenz,**  
**Superior Benefits**  
4955 S. Durango Dr. Ste 102  
Las Vegas, NV 89113  
702.798.8805

**Marine Ghykasian,**  
**MG Insurance Agency**  
8440 W. Lake Mead Blvd. Ste 102  
Las Vegas, NV 89128  
702.788.8098

**Bo Shih, Prestige Benefits  
and Insurance**  
4974 S. Rainbow Blvd. Ste 135  
Las Vegas, NV 89118  
702.355.8889  
bo.s@prestigebandi.com

**Brian Douglas,**  
**ProtectHealth Ins.**  
2915 W. Charleston Blvd. Ste 170  
Las Vegas, NV 89102  
702.674.9977 | 800.240.8185  
info@protecthealth.com  
www.protecthealth.com

**Asian Community  
Development Council (ACDC)**  
8863 W. Flamingo Rd. Ste 101  
Las Vegas, NV 89147  
702.485.3888  
www.acdcnv.org

**Asian Community  
Development Council (ACDC)**  
4276 Spring Mountain Rd. Ste 207  
Las Vegas, NV 89102  
702.489.8866  
www.acdcnv.org

### Las Vegas Cont.

**Asian Community  
Resource Center (ACRC)**  
1771 E. Flamingo Rd. Ste 113A  
Las Vegas, NV 89119  
725.205.1205  
www.lvacrc.org

**Nevada Health Centers**  
1799 Mount Mariah Dr.  
Las Vegas, Nevada 89106  
Toll Free: 1.800.787.2568  
www.nvhealthcenters.org

**The Center**  
401 S. Maryland Pkwy.  
Las Vegas, NV 89101  
702.733.9800  
www.thecenterlv.org

**R.E.A.C.H. Ventanilla de Salud**  
823 S. 6th St.  
Las Vegas, NV 89101  
702.477.2755  
www.reachlv.org

**R.E.A.C.H. Salvando de Salud**  
765 N. Nellis Blvd. Ste 5  
Las Vegas, NV 89101  
702.477.2755  
www.reachlv.org

**Dignity Health St. Rose  
Dominican Hospital**  
7220 S. Cimarron Rd. Ste 195  
Las Vegas, NV 89113  
702.616.4904  
Nevadahealthlink@dignity  
health.org

### Las Vegas Cont.

**Dignity Health St. Rose  
Dominican Hospital**  
1550 W. Craig Rd. Ste 250  
North Las Vegas, NV 89032  
702.616.4904  
Nevadahealthlink@dignity  
health.org

**Dignity Health St. Rose  
Wellness Center**  
4855 Blue Diamond Rd. Ste 220  
Las Vegas, NV 89139  
702.616.4904  
Nevadahealthlink@dignity  
health.org

**Dignity Health St. Rose  
Wellness Center**  
4980 W. Sahara Ave. Ste 220  
Las Vegas, NV 89146  
702.616.4904  
Nevadahealthlink@dignity  
health.org

### Henderson

**Dignity Health St. Rose  
Dominican Hospital**  
2651 Paseo Verde Pkwy. Ste 102  
Henderson, NV 89074  
702.616.4904  
Nevadahealthlink@dignity  
health.org

**Dignity Health St. Rose  
Dominican Hospital**  
102 E. Lake Mead Pkwy.  
Henderson, NV 89015  
702.616.4904  
Nevadahealthlink@dignity  
health.org

### Mesquite

**Jennifer Lorenz,**  
**Superior Benefits**  
190 E. Mesquite Blvd. Ste H  
Mesquite, NV 89027  
702.798.8805

### Boulder City

**Beth Walker,**  
**Trygg Huset Group.**  
508 Nevada Way Ste 2  
Boulder City, NV 89005  
Office: 702.473.9292  
Cell: 702.277.4121

## Frequently Used Terms / Los Términos de Uso Más Frecuente

Here are a few key items to consider when choosing a plan that may best fit your medical and financial needs.

**Premium** - *The dollar amount you pay for your health insurance coverage every month. \*Your premium may be lower, based on your income and household size. See the Federal Poverty Level (FPL) table for your family size and income.*

**Copayment** - *A copay, or copayment, is a predetermined rate from the insurance carrier you pay for health care services at the time of care and can vary in price for different services within the same plan.*

**Deductible** - *The amount you may have to pay for covered health care services before your insurance plan starts to pay. For example, some preventative screenings are free.*

**Coinsurance** - *Is the percentage of costs you pay for covered health care after you've paid your deductible.*

**Advanced Premium Tax Credit (APTC)** - *A tax credit you can take in advance to lower your monthly health insurance payment (or "premium"). If you qualify for a premium tax credit based on your estimate, you can use any amount of the credit in advance to lower your premium. \*If at the end of the year you've taken more premium tax credit in advance than you're due based on your final income, you'll have to pay back the excess when you file your federal tax return.*

*\*If you've taken less than you qualify for, you'll get the difference back.*

**Out-of-pocket Maximum** - *The most you have to pay for covered services in a plan year. After you spend this amount on deductibles, copayments, and coinsurance for in-network care and services that are considered an essential health benefit, your health plan pays 100% of the costs of covered benefits.*

**The out-of-pocket limit for Marketplace plans varies but can't go over a set amount each year.**

*For the 2025 plan year: The out-of-pocket limit for a Marketplace plan can't be more than \$9,200 for an individual and \$18,400 for a family.*

Aquí hay algunos elementos claves para considerar al elegir un plan que mejor se ajuste a sus necesidades médicas y financieras.

**Prima** - *La cantidad que usted paga por su cobertura de seguro de salud cada mes. \*Su prima puede ser más baja, según sus ingresos y el tamaño de su familia. Consulte la tabla de Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).*

**Copago** - *Un copago es una tarifa predeterminada de la compañía de seguros que paga por los servicios de atención médica en el momento de la atención y pueden variar en precio para diferentes servicios dentro del mismo plan.*

**Deducible** - *La cantidad que puede tener que pagar por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar. Por ejemplo, algunos exámenes preventivos son gratuitos.*

**Coseguro** - *El porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que usted paga después de haber pagado su deducible.*

**Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC)** - *Un crédito fiscal que puede tomar por adelantado para reducir el pago mensual de su seguro médico (o "prima"). Si califica para un crédito fiscal para la prima según su estimación, puede usar cualquier cantidad del crédito por adelantado para reducir su prima.*

*\*Si al final del año ha tomado más crédito fiscal para la prima por adelantado de lo que debe en función de su ingreso final, tendrá que devolver el exceso cuando presente su declaración de impuestos federales.*

*\* Si has tomado menos de lo que calificas, recuperarás la diferencia.*

**Gastos máximos de su bolsillo / límite** - *Cantidad máxima que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en los deducibles, copagos, y coseguros por cuidado y servicios dentro de la red, su plan médico paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.*

**El límite de gastos de su bolsillo para los planes del Mercado varían, pero no puede superar la cantidad establecida cada año.**

*Para el año del plan 2025: El límite de gastos de su propio bolsillo para un plan del Mercado no puede ser mayor que \$9,200 para una persona y \$18,400 para una familia.*

## Things You May Need to Enroll

Valid Nevada driver license or picture ID; student ID for dependent children

Permanent Resident/Alien registration card (if applicable)

Social Security cards and dates of birth for all tax household members

Proof of Nevada residence (i.e., phone or power bill)

Estimate of your household income

Three most recent paycheck stubs

Copy of any current health insurance information (employer information if job-based coverage)

## Documentos que Puede Necesitar para Inscribirse

Licencia de conducir válida o identificación con foto; identificación de estudiante para niños dependientes

Tarjeta de Residencia Permanente/Registro de Extranjero (si aplica)

Tarjetas de Seguro Social y fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar

Comprobante de residencia en Nevada (factura de teléfono, electricidad, etc.)

Estimado de ingresos del hogar

Tres talones de pago más recientes

Información de seguro médico (si tiene cobertura médica). Información del empleador si la cobertura médica es por parte de trabajo