



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en [www.\[insert\]](http://www.[insert]) o llamando al 1-800-[insert]

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	\$	
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	\$	
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	\$	
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?		
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?		
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?		
¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ?		
¿Hay algún <u>servicio(s)</u> que el plan no cubra?		

Número de control OMB 1545-2229
1210-0147 y 0938-1146

Released on April 23, 2013
(corrected)

Preguntas: Llame al 1-800-[insert] o visite [www.\[insert\]](http://www.[insert]).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.\[insert\].gov](http://www.[insert].gov) o llame al 1-800-[insert] y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** _____ cobrándole **deducibles, copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida			
	Consulta con un especialista			
	Consulta con otro proveedor de la salud			
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas			
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)			
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)			
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.[insert] .	Medicamentos genéricos			
	Medicamentos de marca preferidos			
	Medicamentos de marca no preferidos			
	Medicamentos especiales			
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)			
	Tarifa del médico/cirujano			

Preguntas: Llame al 1-800-[insert] o visite [www.\[insert\]](#).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.\[insert\].gov](#) o llame al 1-800-[insert] y pida una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Duración de la póliza: _____ - _____

Cobertura de: _____ | **Tipo de plan:** _____

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias			
	Traslado médico de emergencia			
	Cuidado urgente			
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)			
	Tarifa del médico/cirujano			
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta			
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados			
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias			
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados			
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto			
	Parto y todos los servicios de internación			
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar			
	Servicios de rehabilitación			
	Servicios de recuperación de las habilidades			
	Cuidado de enfermería especializado			
	Equipo médico duradero			
	Cuidado de hospicio			
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista			
	Anteojos			
	Consulta dental			

Preguntas: Llame al 1-800-[insert] o visite [www.\[insert\]](http://www.[insert]).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.\[insert\].gov](http://www.[insert].gov) o llame al 1-800-[insert] y pida una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Duración de la póliza: _____ - _____

Cobertura de: _____ | Tipo de plan: _____

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

-
-
-

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

-

Su derecho para continuar con la cobertura:

[Insert applicable information from instructions]

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con [insert contact information from instructions]

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” Este plan o esta póliza [ofrece/no ofrece] cobertura esencial mínima.

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario).** Esta cobertura médica [cumple/no cumple] el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.

—————Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente. —————

Preguntas: Llame al 1-800-[insert] o visite [www.\[insert\]](http://www.[insert]).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.\[insert\].gov](http://www.[insert].gov) o llame al 1-800-[insert] y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$
- Usted paga: \$

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$
Copagos	\$
Coseguro	\$
Límites o exclusiones	\$
Total	\$

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$
- Usted paga: \$

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$
Copagos	\$
Coseguro	\$
Límites o exclusiones	\$
Total	\$

Preguntas: Llame al 1-800-[insert] o visite [www.\[insert\]](#).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.\[insert\].gov](#) o llame al 1-800-[insert] y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-800-[insert] o visite [www.\[insert\]](http://www.[insert]).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.\[insert\].gov](http://www.[insert].gov) o llame al 1-800-[insert] y pida una copia.