

 **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?	\$	<p>[YES:] Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible.</p> <p>[NO:] Consulte el cuadro que comienza en la página 2 sus costos de los servicios que cubre este plan.</p>
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	\$	<p>[YES:] Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del deducible antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.</p> <p>[NO:] Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.</p>
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	\$	<p>[YES:] El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.</p> <p>[NO:] Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.</p>
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> ?		<p>[YES:] Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo.</p> <p>[NO:] No se aplica porque el plan no tiene un límite para los gastos del bolsillo.</p>
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?		<p>[YES:] Este plan pagará por los servicios cubiertos hasta el límite establecido para el período de cobertura, aun si sus necesidades son mayores. Una vez que se haya llegado al límite, usted tendrá que pagar todos los costos. El cuadro en la página 2 describe los límites de cobertura <i>específicos</i>, como los límites al número de visitas médicas.</p> <p>[NO:] El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i>, como los límites al número de visitas médicas.</p>
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?		<p>[YES:] Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría</p>

[INSURER NAME]: [PLAN NAME]

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

Duración de la póliza: [See Instructions]

Cobertura de: [XXXX] | Tipo de plan: [XXXX]

		<p>usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores.</p> <p>[NO:] Para el plan todos los proveedores son iguales al momento de determinar el precio de los mismos servicios.</p>
¿Necesito un referido para ver un <u>especialista</u> ?		<p>[YES:] Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista, solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista.</p> <p>[NO:] Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un permiso del plan.</p>
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?		<p>[YES:] Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página [4]. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos, vea los documentos del plan o póliza.</p> <p>[NO:] Para averiguar cuáles son los servicios excluidos, vea los documentos del plan o póliza.</p>

[INSURER NAME]: [PLAN NAME]

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

Duración de la póliza: [See Instructions]

Cobertura de: [XXXX] | Tipo de plan: [XXXX]



- **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** [redacted] 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			

[INSURER NAME]: [PLAN NAME]

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

Duración de la póliza: [See Instructions]

Cobertura de: [XXXX] | Tipo de plan: [XXXX]

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			

[INSURER NAME]: [PLAN NAME]

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

Duración de la póliza: [See Instructions]

Cobertura de: [XXXX] | Tipo de plan: [XXXX]

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.)

- [XXXX]
- [XXXX]
- [XXXX]

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

- [XXXX]
- [XXXX]
- [XXXX]

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.—————

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.



Ésta 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 (bebe)	\$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 consultorios 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 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.