

 **Éste es solo un resumen.** Si desea conseguir información más detallada sobre la cobertura y los costos de su plan, puede conseguir los términos en su totalidad en la póliza de seguro o en el documento del plan en www.phs.org o llamando al 1-800-923-6980

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el deducible general?	En la red: \$750 persona / \$1500 familia Fuera de la red: \$1500 persona / \$3000 familia No corresponde a la atención médica preventiva	Usted tiene que pagar todos los costos hasta cumplir la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte su póliza de seguro o el documento de su plan para informarse sobre cuándo empieza de nuevo el deducible (por lo general es el 1° de enero, pero no siempre). Consulte la tabla que empieza a partir de la página 2 para informarse sobre cuánto usted paga por los servicios cubiertos una vez que haya pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar los deducibles por algunos servicios específicos, pero debe consultar la tabla que empieza a partir de la página 2 para informarse sobre los otros costos por los servicios que cubre su plan.
¿Hay un límite que rige los gastos de mi bolsillo ?	Sí. En la red: \$3250 persona / \$6500 familia Fuera de la red: \$6500 persona / \$13000 familia	El gasto máximo del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará durante el período de cobertura de la póliza (por lo general un año) por la porción de los costos que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear con respecto a los gastos de atención médica.
¿Cuáles son los costos que no cuentan con respecto al límite de gastos del bolsillo ?	Primas de seguro, facturación con saldos adicionales, atención médica que no cubra este plan.	Aunque usted paga estos gastos, no se cuentan con respecto al límite de gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No	La tabla que empieza a partir de la página 2 describe todos los límites que rigen la cantidad que paga el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> ; por ejemplo, las consultas en el consultorio del médico.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Consulte www.phs.org o llame al 1-800-923-6980 para conseguir una lista de proveedores participantes .	Si a usted le presta servicios un médico u otro proveedor que formen parte de la red, este plan pagará los costos por los servicios cubiertos, ya sea parcialmente o en su totalidad. Es importante que sepa que a lo mejor su médico u hospital de la red puedan utilizar algunos servicios de proveedores que no formen parte de la red del plan. Los planes utilizan los términos “en la red”, “ preferidos ” o “participantes” para indicar los proveedores que forman parte de la red de su plan. Consulte la tabla que empieza a partir de la página 2 para informarse sobre cómo este plan paga a diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para consultar a un especialista ?	No. Usted no necesita un referido para consultar un especialista.	Usted puede consultar al especialista que desee sin el permiso de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí	En la página 6, se enumeran algunos de los servicios que no cubre este plan. Consulte su póliza de seguro o el documento de su plan para informarse más a fondo sobre los servicios que se excluyen .

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La ley prohíbe la discriminación

Presbyterian Healthcare Services cumple las leyes federales de derechos civiles pertinentes y no discrimina por la raza, el color, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo.

Presbyterian Healthcare Services no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por la raza, el color, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo.

Presbyterian Healthcare Services:

- Proporciona gratis ayuda y servicios para que se puedan comunicar efectivamente con nosotros las personas con discapacidades, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, grabación de audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona gratis servicios de idiomas para las personas cuyo primer idioma no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Presbyterian al 505- 923-5420, 1-855-592-7737, línea telefónica TTY 711.

Si usted cree que *Presbyterian Healthcare Services* no ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera por la raza, el color, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo usted puede presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una reclamación, está a su disposición para ayudarle el Encargado de Privacidad y Coordinador de Derechos Civiles.

Presbyterian Privacy Officer and Civil Rights Coordinator [Encargado de Privacidad y Coordinador de Derechos Civiles de Presbyterian]
P.O. Box 27489
Albuquerque, NM 87125
Teléfono: 866-977-3021, línea telefónica TTY 711
Fax: 505-923-5124
Correo electrónico: info@phs.org

Además usted puede presentar electrónicamente una queja con respecto a los derechos civiles con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services [Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.]
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-868-1019, 800-537-7697 (línea telefónica TDD)
Están a su disposición los formularios de quejas en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicio de intérpretes en varios idiomas

English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Spanish ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Navajo

Vietnamese CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

German ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.

Rufnummer: 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Chinese 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711)。

Arabic . برقم اتصل بلامجان لك تتوافر لالغوية لامساعدة خدمات فإن، لالغة اذكر (TTY: 505-923-5420, 1-855-592-7737 برقم هاتف رقم 711)

تحدث كنت إذا: ملحوظة

Korean 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog-

Filipino

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Tumawag sa 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Japanese 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

French ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 505-923-5420, 1-855-592-7737 (ATS : 711).

Italian ATtenzione: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Russian ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 505-923-5420, 1-855-592-7737 (телетайп: 711).

Hindi ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Farsi 1-855-592-7737 505-923- توجه: اگر دیکن یم گفتگو ىفارس زبان به اگر 5420 با باشد یم

دیریبگ تماس (TTY:711)

Thai เรียง: ถ้า คุณพูด ภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 505-923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Y0055_MPC071602_rev1_ Se aprobó _21082016

- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la porción 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, el coseguro que le corresponde pagar será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Pudiera cambiar esa cantidad si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** que no forme parte de la red le cobrara más de la **cantidad aprobada**, a lo mejor usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital que no forme parte de la red le cobrara \$1,500 por pasar la noche internado y la **cantidad aprobada** es \$1,000, a lo mejor usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **facturación con saldos adicionales**.)
- El plan puede animarlo a fin que usted utilice los servicios de **proveedores** participantes cobrándole **deducibles, copagos o coseguro** más bajos.

Sucesos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores participantes	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si le atienden en la clínica o en el consultorio del <u>proveedor médico</u>	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	\$20 es el copago por cada consulta: no está sujeto al deducible. Todos los otros servicios están sujetos al deducible y al coseguro del 20%.	El coseguro es el 40%	-----Ninguna-----
	Consulta con un especialista	\$30 es el copago por cada consulta: no está sujeto al deducible. Todos los otros servicios están sujetos al deducible y al coseguro del 20%.	El coseguro es el 40%	-----Ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	El coseguro es el 20% por los servicios de acupuntura y quiroprácticos	El coseguro es el 40% por los servicios de acupuntura y quiroprácticos	Se limita la cobertura a 20 consultas por año del calendario por los servicios de acupuntura y 20 consultas por año del calendario por servicios quiroprácticos con tal que sean médicamente necesarios.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No se le cobra nada a usted	El coseguro es el 40%	-----Ninguna-----
Si tiene que hacerse una prueba	Análisis diagnósticos (radiografías, análisis de sangre)	El coseguro es el 20% por las radiografías / No se le cobra nada por los análisis de sangre	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
	Imágenes (ecografías CT/PET scan, MRI)	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.

Sucesos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores participantes	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección médica</p> <p>Está a su disposición más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en http://www.phs.org/toolsresources/member/Pages/forms-anddocuments.aspx.</p>	Medicamentos genéricos	\$10 es el copago (tienda) / \$20 es el copago (por correo)	\$10 es el copago (tienda) / \$20 es el copago (por correo)	Cubre un suministro máximo de 30 días (medicamento con receta de una tienda); un suministro máximo de 90 días (medicamento con receta por correo)
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 es el copago (tienda) / \$87.50 es el copago (por correo)	\$35 es el copago (tienda) / \$87.50 es el copago (por correo)	Cubre un suministro máximo de 30 días (medicamento con receta de una tienda); un suministro máximo de 90 días (medicamento con receta por correo)
	Medicamentos de marca no preferidos	\$55 es el copago (tienda) / \$165 es el copago (por correo)	\$55 es el copago (tienda) / \$165 es el copago (por correo)	Cubre un suministro máximo de 30 días (medicamento con receta de una tienda); un suministro máximo de 90 días (medicamento con receta por correo)
	Medicamentos especiales	El 20% hasta un monto máximo de \$400 por cada medicamento con receta (tienda) / No está disponible (por correo)	El 20% hasta un monto máximo de \$400 por cada medicamento con receta (tienda) / No está disponible (por correo)	-----Ninguna-----
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro clínico (p.ej., un centro de cirugía ambulatoria)	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
<p>Si necesita atención médica enseguida</p>	Servicios de la sala de emergencias	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 20%	-----Ninguna-----
	Traslado médico de emergencia	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 20%	-----Ninguna-----
	Atención médica urgente	\$30 es el copago por cada consulta: no está sujeto al deducible. Todos los otros servicios están sujetos al deducible y al coseguro del 20%.	\$30 es el copago por cada consulta: no está sujeto al deducible. Todos los otros servicios están sujetos al deducible y al coseguro del 20%.	

Sucesos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores participantes	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si ingresa al hospital	Tarifa del centro clínico (p.ej., la habitación hospital)	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
Si tiene problemas de salud mental, de la salud del comportamiento o de abuso de sustancias adictivas	Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes ambulatorios	\$20 es el copago por cada consulta: no está sujeto al deducible.	El coseguro es el 40%	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes internados	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tratamiento para el abuso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios	\$20 es el copago por cada consulta: no está sujeto al deducible.	El coseguro es el 40%	-----Ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias adictivas para pacientes internados	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	\$20 es el copago por cada consulta: no está sujeto al deducible. Todos los otros servicios están sujetos al deducible y al coseguro del 20%.	El coseguro es el 40%	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios para pacientes internadas	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.

Sucesos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores participantes	Sus costos si utiliza los servicios de proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades médicas especiales	Cuidado de la salud en el hogar	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Se limita la cobertura del plan a un total de 24 consultas combinadas por año del calendario; una combinación tanto de servicios que se presten en la red del plan como fuera de la red. Tal vez se exija la autorización previa.
	Servicios de recuperación de las habilidades	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Se limita la cobertura del plan a 60 días por año del calendario. Tal vez se exija la autorización previa.
	Equipos médicos duraderos	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa. El plan cubre los aparatos auditivos para los niños en edad escolar menores de 21 años de edad, con tal que aún estén asistiendo a la preparatoria, cada 36 meses por cada oído que padezca deficiencias auditivas.
	Cuidado de hospicio (para pacientes que padecen enfermedades terminales)	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Tal vez se exija la autorización previa.
Si su hijo(a) necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Se limita la cobertura del plan a un examen de la refracción de la vista después de la cirugía de cataratas o la corrección de queratocono.
	Anteojos	El coseguro es el 20%	El coseguro es el 40%	Se limita la cobertura del plan a anteojos/lentes de contacto en los doce (12) meses después de la cirugía de cataratas o la corrección de queratocono. Tal vez se exija la autorización previa.
	Consulta dental	No lo cubre el plan	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que NO cubre su plan. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza de seguro o el documento del plan para conseguir una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía estética
- Cuidados dentales (adulto)
- Consulta dental (menor de edad)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando esté viajando fuera de los EE. UU.
- Servicios particulares de enfermería
- Cuidado rutinario de la vista (adulto)
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza de seguro o el documento del plan para conseguir una lista de otros servicios cubiertos y cuánto le corresponde pagar a usted por esos servicios.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Servicios quiroprácticos
- Aparatos auditivos para los niños en edad escolar
- Tratamientos para la infertilidad

Su derecho a continuar la cobertura:

Si usted pierde la cobertura del plan, dependiendo de las circunstancias, a lo mejor las leyes federales y estatales provean protecciones que le permitan seguir con la cobertura de seguro médico. Dichos derechos se pueden limitar con respecto al tiempo que duran y usted tendrá la obligación de pagar una **prima de seguro** que pudiera ser considerablemente más alta que la prima que usted paga mientras esté cubierto por este plan. Tal vez se apliquen otros límites que rijan sus derechos a continuar la cobertura de seguro.

Si desea conseguir información más detallada sobre sus derechos de continuar la cobertura, llame al plan al 1-800-923-6980. Además se puede comunicar con el departamento de seguros de su estado, el Departamento del Trabajo de los EE. UU., la Administración de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados [*Employee Benefits Security Administration*] al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si usted tiene una queja o no está de acuerdo con una denegación de cobertura de su plan por reclamos de pago, a lo mejor pueda **apelar** la decisión o presentar una **reclamación**. Si tiene preguntas sobre sus derechos o este aviso o si necesita ayuda, llame al 1-800-923-6980.

Preguntas: Llame al 1-800-923-6980 o visítenos en www.phs.org

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/uniform-glossary-final.pdf> o llame al 1-800-923-6980 y pida una copia.

Además está a su disposición la Oficina de los Beneficios Administrados [*Managed Health Care Bureau*] de la Oficina del Superintendente de Seguros para ayudarle con las reclamaciones, las preguntas o las quejas; llame al 1-855-427-5674.

¿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 de seguro médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuario). **La cobertura de este seguro médico cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

¿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 ofrecen cobertura esencial mínima.**

Servicio de acceso para las personas que no hablen inglés

Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-923-6980.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-923-6980.

如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-923-6980.

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-923-6980.

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

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Utilícelos para tener una idea general del nivel de protección económica que podría recibir el paciente del ejemplo si estuviera cubierto bajo distintos planes.



Esto no es un instrumento de cálculo de costos

No utilice estos ejemplos para calcular el costo final conforme a este plan. Los servicios médicos que usted reciba y los costos pueden ser distintos a los que se indican en los ejemplos.

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

Alumbramiento (parto normal)

- El proveedor cobra: **\$7,540**
- El plan paga: **\$5420**
- La paciente paga: **\$2120**

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	\$750
Copagos	\$20
Coseguro	\$1200
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$2120

Control de la diabetes tipo dos (mantenimiento rutinario de una enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: **\$5,400**
- El plan paga: **\$3820**
- El paciente paga: **\$1580**

Ejemplo de los costos:

Medicamentos con receta	\$2,900
Suministros y equipos médicos	\$1,300
Consultas en el consultorio y procedimientos médicos	\$700
Instrucción sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$750
Copagos	\$540
Coseguro	\$210
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1580

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen en los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas** de seguro.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos para un plan de seguro médico o una zona geográfica particular.
- La afección médica 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 asegurado cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento de la afección médica que se indica 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 de cobertura?

En cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo se hace la cuenta de los **deducibles**, los **copagos** y el **coseguro**. Además le ayudan a ver cuáles son los costos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos los servicios o los tratamientos, o porque se limita el pago.

¿Contempla el ejemplo de cobertura mis propias necesidades en los servicios médicos?

✘ **No.** Los tratamientos que se indican son solo ejemplos. La atención médica que usted podría recibir para una afección médica tal vez sea distinta, según los consejos de su médico, su edad, la gravedad de su afección médica y otros factores.

¿Puede el ejemplo de cobertura predecir mis gastos en el futuro?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura no son para fines de calcular los costos. Usted no puede utilizar los ejemplos para calcular el costo final del cuidado de su afección médica. El ejemplo es solo para fines comparativos. Sus costos finales serán distintos, dependiendo de los servicios que reciba, las tarifas que cobren sus **proveedores** y el reembolso que autorice el plan de seguro médico.

¿Puedo utilizar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted consulte el resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Si compara los planes, fíjese en el cuadrado titulado “el paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más baja la cifra, mayor será la cobertura que ofrece el plan.

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

✓ **Sí.** Un gasto importante es la **prima** de seguro que usted paga. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, los **deducibles** y el **coseguro**. Además debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las cuentas de ahorros médicos (*HSA*), los acuerdos de gastos flexibles (*FSA*) o las cuentas de reembolsos médicos (*HRA*) que le ayudan a pagar los gastos del bolsillo.

