



**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](http://www.phs.org) o llamando al 1-800-356-2219

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el <b>deducible</b> general?	<b>\$500</b> persona / <b>\$1000</b> familia No corresponde a la atención médica preventiva	Usted tiene que pagar todos los costos hasta cumplir la cantidad del <b>deducible</b> 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 <b>deducible</b> (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 <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar los <b>deducibles</b> 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 <b>gastos de mi bolsillo</b> ?	Sí. <b>\$3000</b> persona / <b>\$6000</b> familia	El <b>gasto máximo del bolsillo</b> 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 <b>límite de gastos del bolsillo</b> ?	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 <b>gastos del bolsillo</b> .
¿Hay un <b>límite anual</b> 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 <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.phs.org">www.phs.org</a> o llame al <b>1-800-356-2219</b> para conseguir una lista de <b>proveedores participantes</b> .	Si a usted le presta servicios un médico u otro <b>proveedor</b> 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 <b>proveedores</b> que no formen parte de la red del plan. Los planes utilizan los términos “en la red”, “ <b>preferidos</b> ” o “participantes” para indicar los <b>proveedores</b> que forman parte de la <b>red</b> 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 <b>proveedores</b> .
¿Necesito un referido para consultar a un <b>especialista</b> ?	No. Usted no necesita un referido para consultar un especialista.	Usted puede consultar al <b>especialista</b> 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 <b>servicios que se excluyen</b> .



- **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
<b>Si le atienden en la clínica o en el consultorio del proveedor médico</b>	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	\$30 es el copago por cada consulta.	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
	Consulta con un especialista	\$40 es el copago por cada consulta.	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	El coseguro es el 30% por cada sesión de servicios de acupuntura y quiroprácticos: está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	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 necesarias.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No se le cobra nada a usted	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
<b>Si tiene que hacerse una prueba</b>	Análisis diagnósticos (radiografías, análisis de sangre)	El coseguro es el 30% por las radiografías. No se le cobra nada a usted por los análisis de sangre.	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
	Imágenes (ecografías CT/PET, MRI)	El coseguro es el 30%: está sujeto al deducible	No las cubre el plan	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><b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección médica</b></p> <p>Está a su disposición más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta</u></b> en <a href="http://www.phs.org/toolsresources/member/Pages/forms-anddocuments.aspx">http://www.phs.org/toolsresources/member/Pages/forms-anddocuments.aspx</a>.</p>	Medicamentos genéricos	\$10 es el copago (tienda) / \$20 es el copago (por correo)	No lo cubre el plan	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	\$20 es el copago (tienda) / \$50 es el copago (por correo)	No lo cubre el plan	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	\$40 es el copago (tienda) / \$120 es el copago (por correo)	No lo cubre el plan	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)	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
<p><b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b></p>	Tarifa del centro clínico (p.ej., un centro de cirugía ambulatoria)	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	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
<b>Si necesita atención médica enseguida</b>	Servicios de la sala de emergencias	\$100 es el copago por cada visita	\$100 es el copago por cada visita	No lo tiene que pagar si ingresa al hospital, si es así, le corresponde hacer el copago del hospital.
	Traslado médico de emergencia	\$50 es el copago por cada traslado terrestre; \$100 es el copago por cada traslado aéreo; No se le cobra nada a usted por los traslados de un centro clínico a otro	\$50 es el copago por cada traslado terrestre; \$100 es el copago por cada traslado aéreo; No se le cobra nada a usted por los traslados de un centro clínico a otro	-----Ninguna-----
	Atención médica urgente	\$40 es el copago por cada consulta.	\$40 es el copago por cada consulta.	-----Ninguna-----
<b>Si ingresa al hospital</b>	Tarifa del centro clínico (p.ej., la habitación de hospital)	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.
<b>Si tiene problemas de salud mental, de la salud del comportamiento o de abuso de sustancias adictivas</b>	Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes ambulatorios	\$30 es el copago por cada consulta	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes internados	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tratamiento para el abuso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios	\$30 es el copago por cada consulta	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias adictivas para pacientes internados	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y posparto	\$30 es el copago por cada consulta	No lo cubre el plan	Un copago máximo de \$300 por cada embarazo.
	Parto y todos los servicios para pacientes internadas	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.

Preguntas: Llame al 1-800-356-2219 o visítenos en [www.phs.org](http://www.phs.org)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-356-2219 y pida una copia.

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
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades médicas especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Se limita la cobertura del plan a un total de 24 consultas combinadas por año del calendario. Tal vez se exija la autorización previa.
	Servicios de recuperación de las habilidades	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	Tal vez se exija la autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializado	El coseguro es el 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	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 50%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	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 30%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	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 su hijo(a) necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Se incluye en el copago por la consulta en el consultorio médico	No lo cubre el plan	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 50%; está sujeto al deducible	No lo cubre el plan	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 o si padece errores genéticos congénitos del metabolismo. 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
- Cuidado dental rutinario (adulto)
- Consulta de revisión 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 1-800-356-2219. 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](http://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](http://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 1-800-356-2219.

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.**

Preguntas: Llame al 1-800-356-2219 o visítenos en [www.phs.org](http://www.phs.org)

7 de 10

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-356-2219 y pida una copia.

HHH10308\_HHR10251

## Servicio de acceso para las personas que no hablen inglés

Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-356-2219.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-356-2219.

如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-356-2219.

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-356-2219.

—————Para consultar 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: **\$5000**
- La paciente paga: **\$2540**

#### 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
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$500
Copagos	\$20
Coseguro	\$1870
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$2540</b>

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

- El proveedor cobra: **\$5,400**
- El plan paga: **\$3620**
- El paciente paga: **\$1780**

#### 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
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$500
Copagos	\$680
Coseguro	\$520
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$1780</b>

## 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.