



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: \$2600 persona / \$5200 familia Fuera de la red: \$5200 persona / \$10400 familia No se aplica 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: \$6350 persona / \$12700 familia Fuera de la red: \$6350 persona / \$12700 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 1-866-979-6778 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 .



- **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 proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	El coseguro es el 50%. Las consultas por vídeo están sujetas al deducible.	El coseguro es el 50%. Las consultas por vídeo están sujetas al deducible y al coseguro.	-----Ninguna-----
	Consulta con un especialista	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	El coseguro es el 50% por los servicios de acupuntura y quiroprácticos.	El coseguro es el 50%.	Se limita la cobertura a 20 consultas de servicios de acupuntura por año calendario y 20 consultas de servicios quiroprácticos por año calendario con tal que sean médicamente necesarios.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No se le cobra nada a usted	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
Si tiene que hacerse una prueba	Análisis diagnósticos (radiografías, análisis de sangre)	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
	Imágenes (ecografías CT/PET, MRI)	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	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 <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en http://www.phs.org/toolsresources/member/Pages/forms-anddocuments.aspx.</p>	Medicamentos genéricos	El coseguro es el 50% (tienda) / El coseguro es el 50% (por correo)	El coseguro es el 50%.	Cubre un suministro máximo de 30 días (medicamento con receta de una tienda); un suministro de 90 días (medicamento con receta por correo).
	Medicamentos de marca preferidos	El coseguro es el 50% (tienda) / El coseguro es el 50% (por correo)	El coseguro es el 50%.	Cubre un suministro máximo de 30 días (medicamento con receta de una tienda); un suministro de 90 días (medicamento con receta por correo).
	Medicamentos de marca no preferidos	El coseguro es el 50% (tienda) / El coseguro es el 50% (por correo)	El coseguro es el 50%.	Cubre un suministro máximo de 30 días (medicamento con receta de una tienda); un suministro de 90 días (medicamento con receta por correo).
	Medicamentos especiales	El 50% (tienda) / No está disponible (por correo)	No lo cubre el plan	-----Ninguna-----
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro clínico (p.ej., un centro de cirugía ambulatoria)	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	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 atención médica enseguida	Servicios de la sala de emergencias	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
	Traslado médico de emergencia	El coseguro es el 50% por los traslados terrestres/aéreos; No se le cobra nada a usted por los traslados de un centro clínico a otro	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
	Atención médica urgente	El coseguro es el 50%.	El 50% una vez que se haya pagado el deducible para el tratamiento inicial; el 50% para la atención médica de seguimiento.	-----Ninguna-----
Si ingresa al hospital	Tarifa del centro clínico (p.ej., la habitación de hospital)	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	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	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes internados	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Tal vez se exija la autorización previa.
	Tratamiento para el abuso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias adictivas para pacientes internados	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Tal vez se exija la autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	-----Ninguna-----
	Parto y todos los servicios para pacientes internadas	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Tal vez se exija la autorización previa.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-923-6980 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
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades médicas especiales	Cuidado de la salud en el hogar	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Tal vez se exija la autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Se limita la cobertura del plan a un total de 24 consultas combinadas, tanto dentro como fuera de la red, por año calendario. Tal vez se exija la autorización previa.
	Servicios de recuperación de las habilidades	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Se limita la cobertura del plan a un total de 24 consultas combinadas, tanto dentro como fuera de la red, por año calendario. Tal vez se exija la autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	Se limita la cobertura del plan a 60 días por año calendario. Tal vez se exija la autorización previa.
	Equipos médicos duraderos	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	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.
	Cuidado de hospicio (para pacientes que padecen enfermedades terminales)	El coseguro es el 50%.	El coseguro es el 50%.	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 50%.	El coseguro es el 50%.	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%.	El coseguro es el 50%.	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
- Cuidado dental (adulto)
- Consulta de revisión dental (menor de edad)
- Tratamientos para la infertilidad
- 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

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 1-866-979-6778. 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 1-866-979-6778.

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.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-923-6980 y pida una copia.

¿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 1-866-979-6778.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-979-6778.

如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-979-6778.

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-866-979-6778.

—————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: **\$2450**
- La paciente paga: **\$5090**

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	\$2600
Copagos	\$0
Coseguro	\$2340
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$5090

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

- El proveedor cobra: **\$5,400**
- El plan paga: **\$1380**
- El paciente paga: **\$4020**

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	\$2600
Copagos	\$0
Coseguro	\$1340
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$4020

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.