




El documento de resumen de beneficios y cobertura le ayudará a elegir un [plan](#) de seguro médico. El resumen de beneficios y cobertura le muestra cómo usted y el [plan](#) comparten los costos por los servicios de atención médica cubiertos. **FÍJESE BIEN:** Los datos sobre el costo de este [plan](#) (es decir, la [prima](#) de seguro) se proporcionarán por separado. Éste es solo un resumen. Si desea recibir más información sobre su cobertura, o para conseguir copia de todos los términos de la cobertura, llame al 1-800-356-2219 o consulte el sitio web www.phs.org. Consulte el glosario para conseguir las definiciones generales de los términos comunes, tales como la [cantidad permisible](#), [facturación de saldo adicional](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor de servicios médicos](#) u otros términos subrayados. Usted puede consultar el glosario en el sitio web <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-800-356-2219 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| ¿Qué es el deducible total? | \$2800 individual / \$5600 familia | Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos que cobren los proveedores de servicios médicos hasta que pague la cantidad del deducible , antes de que empiece a pagar este plan. Si usted tiene a otros familiares en este plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la suma total de los gastos del deducible que hayan pagado todos los familiares cumplan el deducible general de la familia. |
| ¿Hay servicios que cubre el plan antes de que usted pague su deducible ? | Sí. El plan cubre servicios preventivos y todo beneficio por el cual no se le cobre nada (salvo conforme a los planes HDHP) antes de que haya pagado su deducible . | Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si usted no ha pagado la cantidad del deducible . Sin embargo, tal vez tenga que pagar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted pague su deducible . Puede consultar una lista de los servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Qué es el límite que rige los gastos del bolsillo conforme a este plan? | \$2800 individual / \$5600 familia | El límite que rige los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si usted tiene a otros familiares en este plan, cada familiar deberá pagar su propio límite que rige los gastos del bolsillo hasta que se haya pagado el límite que rige los gastos del bolsillo general de toda la familia. |
| ¿Cuáles son los costos que no cuentan con respecto al límite que rige los gastos del bolsillo ? | Primas de seguro, cobros de facturación de saldo adicional y atención médica que no cubre este plan . | Aunque usted paga estos gastos, no se cuentan con respecto al límite que rige los gastos del bolsillo . |
| ¿Pagará menos si usted consulta a un proveedor de servicios médicos de la red ? | Sí. Consulte www.phs.org o llame al 1-800-356-2219 para conseguir una lista de proveedores participantes. | Este plan utiliza una red de proveedores de servicios médicos . Usted pagará menos si consulta a un proveedor de servicios médicos de la red . Usted pagará más si consulta a un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red y tal vez reciba una factura del proveedor de servicios médicos por la diferencia entre lo que cobra el proveedor de servicios médicos y lo que paga su plan (facturación de saldo adicional). Es importante que sepa que su proveedor de servicios médicos de la red pudiera utilizar los servicios (por ejemplo, servicios de laboratorio) de un proveedor de servicios médicos que no forma parte de la red . Hable con su proveedor de servicios médicos antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita usted un referido para consultar a un especialista ? | No | Usted puede consultar al especialista que desee sin referido. |

HHH20059_PH20G4H1

 Todas las cantidades de [copagos](#) y [coseguro](#) que se indican en la tabla a continuación son después de que usted haya pagado su [deducible](#), si está sujeto al [deducible](#).

| Suceso médico común | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otros datos importantes |
|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si le atienden en la clínica o en el consultorio del proveedor médico | Consulta con su médico de cabecera para tratar una enfermedad o herida | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | No se le cobra nada por las consultas por video, una vez que se haya pagado el deducible |
| | Consulta con un especialista | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se aplica el deducible . |
| | Evaluaciones/servicios preventivos /vacunas | No se le cobra nada a usted. | No lo cubre el plan | A lo mejor usted tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si son preventivos los servicios que usted necesita. Luego averigüe lo que paga su plan. No se aplica el deducible . |
| Si se hace una prueba | Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| | Imágenes (ecografías <i>CT/PET, MRI</i>) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No las cubre el plan | |

| Suceso médico común | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otros datos importantes |
|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o problema médico Está a su disposición más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en <u>phs.org/formsanddocuments</u> | Medicamentos genéricos preferenciales (Nivel 1) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 4: Se cubre un suministro máximo de 30 días (medicamento con receta de una tienda); un suministro máximo de 90 días (medicamento con receta por correo). Nivel 5: No se cubre por correo. Se exige la autorización previa para algunos medicamentos; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| | Medicamentos genéricos no preferenciales (Nivel 2) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | |
| | Medicamentos de marca preferenciales (Nivel 3) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | |
| | Medicamentos de marca no preferenciales (Nivel 4) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | |
| | Medicamentos especializados autoadministrados (Nivel 5) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | |
| Si se hace una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro clínico (p.ej., un centro de cirugía ambulatoria) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| | Tarifa del médico/cirujano | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |

| Suceso médico común | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otros datos importantes |
|--|--|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si necesita atención médica enseguida | Atención en la sala de emergencias | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo tiene que pagar si ingresa al hospital; si es así, le corresponde pagar el coseguro o el copago del hospital. Se aplica el deducible . |
| | Traslado médico de emergencia | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | Se aplica el deducible . |
| | Atención médica urgente | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | Se aplica el deducible . |
| Si ingresa al hospital | Tarifa del centro clínico (p.ej., la habitación en el hospital) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| | Tarifa del médico/cirujano | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| Si necesita servicios de salud mental, de la salud del comportamiento o por abuso de sustancias adictivas | Servicios para pacientes ambulatorios | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se aplica el deducible . |
| | Servicios para pacientes internados | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| Si está embarazada | Consultas en el consultorio médico | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se aplica el deducible . |
| | Servicios profesionales de parto/alumbramiento | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se aplica el deducible . |
| | Servicios de parto/alumbramiento que se prestan en el centro clínico | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |

| Suceso médico común | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otros datos importantes |
|---|--|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si necesita servicios de recuperación o si tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se limita la cobertura del plan a 100 días por año calendario. Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| | Servicios de rehabilitación | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se aplica el deducible . |
| | Cuidado de enfermería especializado | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se aplica el deducible . |
| | Equipo médico duradero | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. 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. Se aplica el deducible . |
| | Cuidado de hospicio (para pacientes que padecen enfermedades terminales) | No se le cobra nada, una vez que se haya pagado el deducible | No lo cubre el plan | Se exige la autorización previa; si no se consiguiera, se pudieran denegar los beneficios. Se aplica el deducible . |

| Suceso médico común | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otros datos importantes |
|---|-------------------------------------|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si su hijo(a) necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para los menores | No se le cobra nada a usted. | El coseguro es el 50%. Consulte www.vsp.com para conseguir información más detallada. | Se limita la cobertura del plan a una vez al año. No se aplica el deducible . |
| | Anteojos para los menores | No se le cobra nada a usted. | El coseguro es el 50%. Consulte www.vsp.com para conseguir información más detallada. | Se limita la cobertura del plan a lentes y armaduras a una vez al año. No se aplica el deducible . |
| | Consulta dental para los menores | No lo cubre el plan | No lo cubre el plan | -----Ninguna----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que, por lo general, NO cubre su [plan](#). (Consulte su póliza de seguro o el documento del [plan](#) para conseguir más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Consulta dental (menores de edad). Está disponible la cobertura en el mercado de seguros en línea y se puede comprar como producto independiente.
- 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 los pies * Solo se cubre si es médicamente necesario por la diabetes. Consulte GSA [el acuerdo] para conseguir los detalles.

Otros servicios cubiertos. (A lo mejor hay limitaciones que rigen estos servicios. Esta es una lista parcial. Favor de consultar el documento de su [plan](#).)

- Servicios de aborto (exceptuados y no exceptuados)
- Acupuntura (20 consultas por año calendario)
- Cirugía bariátrica
- Servicios quiroprácticos (20 consultas por año calendario)
- Aparatos auditivos para los menores en edad escolar
- Tratamientos para la infertilidad
- Cuidado rutinario de la vista (adulto). Se limita la cobertura del plan a un examen de la vista una vez al año.
- Programas para perder peso

Su derecho a continuar la cobertura:

Hay agencias que le pueden ayudar si usted desea continuar su cobertura de seguro médico después de que se termine. Para comunicarse con dichas agencias, llame a la *Department of Labor's Employee Benefits Security Administration* [Administración de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento del Trabajo] al 1-866-444-EBSA (3272) o consulte el sitio web, www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además a lo mejor hayan otras opciones de cobertura de seguro que estén a su disposición, incluso puede comprar la cobertura de seguro individual en el [Mercado](#) de Seguros Médicos. Si desea conseguir más información sobre el [Mercado](#), consulte el sitio web www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar reclamaciones o apelaciones:

Hay agencias que le pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por haber rechazado denegado una [demanda de seguro](#) al seguro. Dicha queja se llama una [reclamación](#) o [apelación](#). Si desea conseguir más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que usted recibirá para esa [apelación](#) médica. Además los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa sobre cómo se presenta una [demanda de seguro](#), una [apelación](#) o una [reclamación](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para informarse más afondo sobre sus derechos o este aviso o si necesita ayuda, llame a la *Department of Labor's Employee Benefits Security Administration* [Administración de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento del Trabajo] al 1-866-444-EBSA (3272) o consulte el sitio web, www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además puede llamar a la *Office of the Superintendent of Insurance Managed Health Care Bureau* [Oficina de los Beneficios Administrados de la Oficina del Superintendente de Seguros] al 1-855-427-5674 o enviar un mensaje por correo electrónico a la dirección mhcb.grievance@state.nm.us.

¿Provee este plan la cobertura esencial mínima? Sí.

Si usted no tuviera la [cobertura esencial mínima](#) por un mes, tendrá que hacer un pago al presentar su declaración de impuestos, salvo si califica para un exención del requisito de tener la cobertura de seguro ese mes.

¿Satisface este plan el estándar de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumpliera el [estándar de valor mínimo](#), a lo mejor usted sea elegible para recibir [créditos fiscales para las primas](#) que le ayudan a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado](#).

Servicio de acceso para personas que prefieran comunicarse en otros idiomas:

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

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

————— *Para consultar ejemplos de cómo este plan pudiera cubrir los costos en una situación médica de muestra, consulte la sección siguiente.* —————



Esto no es un instrumento para calcular los costos. Los tratamientos que se indican solo son ejemplos de cómo este [plan](#) pudiera cubrir la atención médica. Sus costos finales serán distintos dependiendo de la atención médica que usted reciba, los precios que cobren sus [proveedores de servicios médicos](#) y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos compartidos](#) (los [deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios que se excluyen](#) conforme al [plan](#). Utilice estos datos para comparar la porción de los costos que a lo mejor tendría que pagar conforme a distintos [planes](#) de seguro médico. Es importante que usted sepa que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de solo un asegurado.

| Margarita está en cinta (nueve meses de atención médica prenatal dentro de la red y el parto en el hospital) | | Para contralar la diabetes tipo 2 de José (un año de atención médica rutinaria dentro de la red para una enfermedad bien controlada) | | Mayra tiene una fractura sencilla (vista a la sala de emergencias de la red y atención médica de seguimiento) | |
|---|--------------------|---|-------------------|--|-------------------|
| ■ El deducible total del plan | \$2800 | ■ El deducible total del plan | \$2800 | ■ El deducible total del plan | \$2800 |
| ■ Especialista | 0% | ■ Especialista | 0% | ■ Especialista | 0% |
| ■ Hospital (centro clínico) | 0% | ■ Hospital (centro clínico) | 0% | ■ Hospital (centro clínico) | 0% |
| ■ Otro | Sin cobro | ■ Otro | Sin cobro | ■ Otro | Sin cobro |
| Este EJEMPLO incluye servicios como: Consultas en el consultorio del especialista (<i>atención médica prenatal</i>) Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de parto/alumbramiento que se prestan en un centro clínico Pruebas diagnósticas (<i>ultrasonido y análisis de sangre</i>) Visita de un especialista (<i>anestesia</i>) | | Este EJEMPLO incluye servicios como: Consultas en el consultorio del médico de cabecera (<i>incluso la instrucción sobre la diabetes</i>) Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta Equipo médico duradero (<i>medidor de la glucosa</i>) | | Este EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (<i>incluso los suministros médicos</i>) Pruebas diagnósticas (<i>radiografías</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>terapia física</i>) | |
| Costos totales del ejemplo | \$12,731.26 | Costos totales del ejemplo | \$7,401.03 | Costos totales del ejemplo | \$1,925.04 |
| En este ejemplo, Carmen pagaría: | | En este ejemplo, Diego pagaría: | | En este ejemplo, Mayra pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$2,800.00 | Deducibles | \$2,800.00 | Deducibles | \$1,925.04 |
| Copagos | \$0.00 | Copagos | \$0.00 | Copagos | \$0.00 |
| Coseguro | \$0.00 | Coseguro | \$0.00 | Coseguro | \$0.00 |
| <i>Lo que no se cubre</i> | | <i>Lo que no se cubre</i> | | <i>Lo que no se cubre</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60.02 | Límites o exclusiones | \$55.26 | Límites o exclusiones | \$0.00 |
| La suma total que pagaría Carmen es | \$2,860.02 | La suma total que pagaría Diego es | \$2,855.26 | La suma total que pagaría Mayra es | \$1,925.04 |

El [plan](#) tiene la responsabilidad de pagar todos los demás costos por los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.