



**Este es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los términos completos en la póliza o los documentos del plan en [www.CareConnect.com](http://www.CareConnect.com) o al llamar al 1-855-706-7545.

| Preguntas   | Respuestas  | ¿Por qué es importante?  |
|---|---|--|
| ¿Qué es el <b>deducible</b> general?  | <b>\$6,350</b> por persona/ <b>\$12,700</b> por familia<br>No aplica a atención preventiva.   | Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del <b>deducible</b> antes que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utiliza. Consulte su póliza o documento del plan para saber cuándo empieza el <b>deducible</b> (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que empieza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de cumplir con el <b>deducible</b> .   |
| ¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?                    | No.   | Usted no tiene que cumplir con <b>deducibles</b> para obtener servicios específicos, pero consulte el cuadro que empieza en la página 2 para conocer otros costos por los servicios que cubre este plan.   |
| ¿Hay un <b>límite de gastos de mi bolsillo</b> ?                            | Sí. <b>\$6,350</b> por empleado/ <b>\$12,700</b> por familia  | El <b>límite de gastos de su bolsillo</b> es lo más que podría pagar durante un período de cobertura (por lo general un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica.   |
| ¿Qué es lo que no se incluye en el <b>límite de gastos de mi bolsillo</b> ? | Primas, cargos cobrados en el saldo y cuidado de la salud que este plan no cubre.   | Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> (bolsillo).   |
| ¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?                      | No.   | El cuadro que empieza en la página 2 describe cualquier límite sobre lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como las visitas al consultorio.   |
| ¿Usa este plan una <b>red de proveedores</b> ?                              | Sí. Consulte <a href="http://www.CareConnect.com">www.CareConnect.com</a> o llame al 1-855-706-7545 para obtener una lista de proveedores dentro de la red. | Si utiliza a un médico u otro <b>proveedor</b> de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Si usted se atiende con médicos y <b>proveedores</b> de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Los planes usan el término dentro de la red, <b>preferido</b> o participante para los <b>proveedores</b> en su <b>red</b> . Consulte el cuadro que empieza en la página 2 para saber cómo este plan les paga a los diferentes tipos de <b>proveedores</b> . |
| ¿Necesito una remisión para ver a un <b>especialista</b> ?                  | No. No necesita una remisión para ver a un especialista.  | Puede ver al <b>especialista</b> de su elección sin permiso de este plan.  |
| ¿Hay algún servicio que el plan no cubra?                                   | Sí.   | Algunos de los servicios que este plan no cubre se describen en la página 5. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener información adicional sobre los <b>servicios excluidos</b> .  |

¿Tiene alguna pregunta? Llame 1-855-706-7545 o visítenos en [www.CareConnect.com](http://www.CareConnect.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negritas que se usan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al 1-855-706-7545 para solicitar una copia.



- Los **copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga generalmente en el momento de recibir atención médica cubierta.
- El **coaseguro** es *su* parte de los costos de un servicio cubierto, calculado en un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** del plan para una estadía en el hospital durante la noche es \$1,000, el pago de su **coaseguro** del 20% sería \$200. Esto puede cambiar si no ha alcanzado su **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, es posible que tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran \$1,500 por pasar la noche internado y el **monto permitido** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (A esto se le llama **facturación de saldo**).
- Este plan le puede animar a utilizar los **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos más bajos de **deducibles**,

| Evento médico común  | Los servicios que podría necesitar                                 | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|--|---|--|----------------------------|
| Si visita el consultorio o clínica de un <b>proveedor</b> de atención médica | Consulta con su médico principal para tratar una afección o herida | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Consulta con un especialista                                       | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Consulta con otro proveedor médico                                 | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Atención preventiva / pruebas de detección / inmunizaciones        | Cubierto totalmente                               | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
| Si tiene que hacerse un examen   | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)         | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Imágenes (TC/TEP, IRM)   | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |

| Evento médico común   | Los servicios que podría necesitar  | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones  |
|---|-------------------------------------|---|--|---|
| <p><b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección</b></p> <p>Puede obtener más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta médica en.</u></b></p> | Medicamentos genéricos              | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | Cubre un suministro hasta por 30 días. El copago por un suministro hasta por 90 días es tres veces el copago regular en farmacia y dos veces y media el copago regular por pedido por correo. |
|   | Medicamentos de marca preferidos    | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | Cubre un suministro hasta por 30 días. El copago por un suministro hasta por 90 días es tres veces el copago regular en farmacia y dos veces y media el copago regular por pedido por correo. |
|   | Medicamentos de marca no preferidos | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | Cubre un suministro hasta por 30 días. El copago por un suministro hasta por 90 días es tres veces el copago regular en farmacia y dos veces y media el copago regular por pedido por correo. |
|   | Medicamentos especiales             | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | Cubre un suministro hasta por 30 días. El copago por un suministro hasta por 90 días es tres veces el copago regular en farmacia y dos veces y media el copago regular por pedido por correo. |

| Evento médico común  | Los servicios que podría necesitar                               | Sus costos si usted usa proveedores participantes                          | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|--|--|--|----------------------------|
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                     | Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)   | Cobertura total después del deducible/procedimiento                        | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Tarifas del médico/cirujano                                      | Cobertura total después del deducible/procedimiento                        | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
| <b>Si necesita atención inmediata</b>  | Servicios de la sala de emergencia                               | Cobertura total después del deducible/consulta                             | Cobertura total después del deducible/consulta       | ————ninguna————            |
|  | Traslado médico de emergencia                                    | Cobertura total después del deducible/transporte                           | Cobertura total después del deducible/transporte     | ————ninguna————            |
|  | Cuidado urgente  | Cobertura total después del deducible/consulta                             | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
| <b>Si lo admiten al hospital</b>   | Tarifa del hospital (por ejemplo, habitación)                    | Cobertura total después del deducible                                      | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Tarifa del médico/cirujano                                       | Cobertura total después de pagar el deducible/procedimiento para cirujanos | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
| <b>Si tiene problemas psiquiátricos, conductuales o de abuso de sustancias</b> | Servicios ambulatorios de salud mental y conductual              | Cobertura total después del deducible                                      | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Servicios de salud mental y conductual para pacientes internados | Cobertura total después del deducible                                      | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias                  | Cobertura total después del deducible                                      | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados    | Cobertura total después del deducible                                      | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
| <b>Si está embarazada</b>  | Cuidados prenatales y posparto                                   | Cubierto totalmente  | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |
|  | Parto y servicios como paciente hospitalizado                    | Cobertura total después del deducible                                      | No está cubierto                                     | ————ninguna————            |

| Evento médico común   | Los servicios que podría necesitar           | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones  |
|---|--|---|--|---|
| <b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b> | Cuidado de salud en el hogar                 | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | La cobertura está limitada a 40 consultas por año del plan.   |
|   | Servicios de rehabilitación                  | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | La cobertura está limitada a 60 consultas por afección, por año del plan de terapias combinadas. La terapia del habla y la fisioterapia solamente están cubiertas después de una estancia en el hospital o cirugía. |
|   | Servicios de recuperación de las habilidades | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | La cobertura está limitada a 60 consultas por afección, por año del plan de terapias combinadas.  |
|   | Cuidado de enfermería especializado          | Cobertura total después del deducible/admisión    | No está cubierto                                     | La cobertura está limitada a 200 días por año del plan.   |
|   | Equipo médico duradero                       | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | Se requiere autorización previa por artículos por encima de los \$500.  |
|   | Servicios de cuidados paliativos             | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | La cobertura está limitada a 210 días por año del plan.   |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                 | Examen de la vista                           | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | La cobertura se limita a un examen por año del plan.  |
|   | Anteojos                                     | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | La cobertura se limita a un par de lentes y marcos por año del plan.  |
|   | Chequeo dental                               | Cobertura total después del deducible             | No está cubierto                                     | La cobertura se limita a un examen por año del plan.  |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| <b>Servicios NO cubiertos por su plan</b> (Esta no es una lista completa. Consulte los documentos del plan para más información de <u>servicios excluidos</u> .) |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Atención dental</li><li>• (Adulto) Atención</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.</li><li>• Enfermería de atención privada</li><li>• Atención de la vista de rutina</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de rutina de los pies</li><li>• Programas para bajar de peso</li></ul> |
| <b>Otros servicios cubiertos</b> (Esta no es una lista completa. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)                 |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios</li><li>• quiroprácticos</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento para la infertilidad</li></ul>                                      |

## Sus derechos para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, según las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales le proporcionen protecciones que le permitan conservar su cobertura de salud. Tales derechos pueden estar limitados en duración y requerirán el pago de una **prima**, que puede ser considerablemente más alta que la prima que paga mientras está cubierto por el plan. Pueden aplicarse otras limitaciones sobre sus derechos para la continuación de la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, comuníquese al plan llamando al 1 (800) 205-7665. También se puede comunicar con su departamento de seguros estatal, el Departamento de Trabajo de los EE. UU ( U.S. Department of Labor), la Administración para Seguridad de los Beneficios del Trabajador (Employee Benefits Security Administration) llamando al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) llamando al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Sus derechos 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 el Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York al 1-800-400-8882 o por correo electrónico a: [Externalappealquestions@dfs.ny.gov](mailto:Externalappealquestions@dfs.ny.gov). Además, un programa de ayuda al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con Community Service Society, Community Health Advocates llamando al 1-888-614-5400 o en [cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org).

## ¿Ofrece esta cobertura, cobertura esencial mínima?

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 póliza 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 el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

## Servicios de acceso en otros idiomas:

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-442-2376

---

*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, en general, de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo si está cubierto bajo distintos planes.



### Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales bajo este 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)

- Monto que se debe a los proveedores: **\$7,540**
- El plan paga **\$1,040.00**
- El paciente paga **\$6,500.00**

#### Ejemplos de los costos:

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| El costo del hospital (madre)   | \$2,700        |
| Atención de rutina del obstetra | \$2,100        |
| El costo del hospital (bebé)    | \$900          |
| Anestesia                       | \$900          |
| Análisis de laboratorio         | \$500          |
| Medicamentos                    | \$200          |
| Radiología                      | \$200          |
| Vacunas y otros servicios       | \$40           |
| <b>Total</b>                    | <b>\$7,540</b> |

#### El paciente paga:

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| Deducibles            | \$6,350.00        |
| Copagos               | \$0.00            |
| Coaseguro             | \$0.00            |
| Límites o exclusiones | \$150.00          |
| <b>Total</b>          | <b>\$6,500.00</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 (control de rutina de una afección bien controlada)

- Monto que se debe a los proveedores: **\$5,400**
- El plan paga **\$50.00**
- El paciente paga **\$5,350.00**

#### Ejemplos de los costos:

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| Medicamentos                | \$2,900        |
| Equipo médico y suministros | \$1,300        |
| Visitas al consultorio y    | \$700          |
| Educación sobre el cuidado  | \$300          |
| Análisis de laboratorio     | \$100          |
| Vacunas y otros servicios   | \$100          |
| <b>Total</b>                | <b>\$5,400</b> |

#### El paciente paga:

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| Deducibles            | \$5,270.00        |
| Copagos               | \$0.00            |
| Coaseguro             | \$0.00            |
| Límites o exclusiones | \$80.00           |
| <b>Total</b>          | <b>\$5,350.00</b> |



## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos de cobertura?

- 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. (U.S. Department of Health and Human Services) y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una afección excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para algún miembro cubierto bajo 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 de cobertura?

En cada ejemplo, usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coaseguro**. 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 afección 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 afección. 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, consulte el cuadro “El paciente paga” en 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 costo importante es la **prima** que usted paga. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coaseguro**. 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame 1-855-706-7545 o visítenos en [www.CareConnect.com](http://www.CareConnect.com).

Si no tiene claro cualquiera de los términos en negritas que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al 1-855-706-7545 para solicitar una copia.