Healthfirst: EPO Pro de Plata

Período de cobertura: 1/1/2022 – 12/31/2022

Resumen de beneficios y cobertura: lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: TODOS los tipos de cobertura | **Tipo de plan:** EPO

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: la información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-855-789-3668. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthfirst.com o llamar al 1-855-789-3668 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	**$4,300** por persona/**$8,600** por familia para proveedores dentro de la red. No se aplica a los medicamentos recetados ni a las consultas o los servicios de cuidado preventivo.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si se incluyen otros miembros de la familia en el plan, estos deben alcanzar sus propios deducibles hasta que el monto total de los gastos de deducible que paga toda la familia alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. El cuidado preventivo, la atención prenatal y la telemedicina están cubiertos antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar el deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	**No.**	No necesita alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Individual: **$8,150** Familiar: **$16,300**	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos por facturación de saldos y los costos de servicios de cuidado de la salud que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte en www.healthfirst.com o llame al 1-855-789-3668 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que el proveedor dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para atenderse con un especialista?	**No.**	Puede atenderse con el especialista que usted elija sin un referido.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o la clínica del proveedor de cuidado de la salud	Consulta con su médico de cuidado primario para tratar una afección o lesión	Copago de $35 por consulta no sujeto al deducible	Sin cobertura	----------Ninguno----------
	Consulta con un especialista	Copago de $70 por consulta no sujeto al deducible	Sin cobertura	----------Ninguno----------
	Cuidado preventivo/examen de detección/inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	----------Ninguno----------
Si se realiza un examen	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago de $35 por consulta	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Estudio por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Copago de $70 por consulta	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en www.healthfirst.com	Medicamentos genéricos	Copago de $20/receta de 30 días (minorista) y copago de $40/receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta minorista) o un suministro para 90 días como máximo (receta de pedido por correo).
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de $60/receta de 30 días (minorista) y copago de $120/receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta minorista) o un suministro para 90 días como máximo (receta de pedido por correo).
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de $110/receta de 30 días (minorista) y copago de $220/receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta minorista) o un suministro para 90 días como máximo (receta de pedido por correo).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de especialidad	Copago de $110/receta de 30 días (minorista) y copago de $220/receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta minorista) o un suministro para 90 días como máximo (receta de pedido por correo).
Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Cargos del médico/cirujano	Copago de $200 después del deducible	Sin cobertura	Se aplican únicamente a las cirugías realizadas en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, incluidos los centros quirúrgicos independientes, no a las cirugías en el consultorio.
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	Copago de $600 por consulta después del deducible	Copago de $600 por consulta después del deducible	Se eximirá el copago/coseguro si tiene un ingreso hospitalario.
	Transporte médico de emergencia	Copago de $300 por caso después del deducible	Copago de $300 por caso después del deducible	----------Ninguno----------
	Atención de urgencia	Copago de $70 por consulta no sujeto al deducible	Sin cobertura	----------Ninguno----------
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	Coseguro del 40% por ingreso después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.
	Cargos del médico/cirujano	Copago de $200 después del deducible	Sin cobertura	Se aplican únicamente a las cirugías realizadas en un entorno hospitalario para pacientes internos o para pacientes ambulatorios, incluidos los centros quirúrgicos independientes, no a las cirugías en el consultorio.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de $35 por consulta no sujeto al deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para servicios selectos.
	Servicios para pacientes internos	Coseguro del 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.
Si está embarazada	Visitas al consultorio médico	Cobertura total	Sin cobertura	Si el cuidado se proporciona de acuerdo con las pautas integrales que respaldan el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Copago de $200 después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Coseguro del 40% después del deducible por ingreso	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud en el hogar	Copago de $35 después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. 40 consultas por año del plan.
	Servicios de rehabilitación	Copago de $70 no sujeto al deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 consultas por condición, terapias combinadas por año del plan
	Servicios de habilitación	Copago de $70 no sujeto al deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 consultas por condición, terapias combinadas por año del plan.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 200 días por año del plan.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios paliativos	Coseguro del 40% después del deducible (paciente interno) o copago de $35 no sujeto al deducible (paciente ambulatorio)	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 210 días por año del plan (paciente interno); 5 consultas de asesoramiento familiar para afrontar el duelo (paciente ambulatorio).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si su hijo/a necesita cuidados dentales o de los ojos	Examen de la vista para niños	Copago de $10 no sujeto al deducible	Sin cobertura	Un examen por período de 12 meses.
	Anteojos para niños	Copago de $25 no sujeto al deducible	Sin cobertura	Un par de lentes y un marco recetados cada 12 meses. Asignación anual de $130 para la compra de marcos o lentes de contacto.
	Control dental para niños	Copago de $35 no sujeto al deducible	Sin cobertura	Un examen y una limpieza dental cada 6 meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte el documento del plan o de la póliza para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía cosmética
- Cuidado a largo plazo
- Servicios dentales (adultos)
- Cuidado que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de rutina de los pies
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Acupuntura
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de aborto

Su derecho a continuar con la cobertura: hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York al 1-800-342-5756 o www.dfs.ny.gov/, Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) u otra información de contacto de agencias aplicables. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596; o sobre el Mercado de NY State of Health al 1-855-355-5777 o www.nystateofhealth.ny.gov.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: hay organismos que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también brindan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con:

New York State Department of Financial Services
One State Street
New York, NY 10004-1511
800-342-3736

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle con su apelación. Comuníquese con:
Community Health Advocates
633 Third Ave, 10th FL New York, NY. 10017
888-614-5400
cha@cssny.org

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? **Sí**
La cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted califica para determinados tipos de cobertura mínima esencial, tal vez no califique para el crédito tributario de prima.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? **Sí**
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que califique para recibir un crédito tributario de prima que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:
Spanish (español): para obtener asistencia en español, llame al 1-855-789-3668.
Tagalog (tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-789-3668
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-789-3668.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-789-3668.

——————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.——————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir el cuidado médico. Sus costos reales pueden variar según el cuidado real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes de salud. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible total del plan	$4,300
Especialista *[costos compartidos]*	$70
Hospital (centro) *[costos compartidos]*	40%
Otros *[costos compartidos]*	$70

Este EJEMPLO de circunstancia incluye servicios como:

Visitas al consultorio médico del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$4,300
Copagos	$700
Coseguro	$1,100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$2,700
El total que Peg pagaría es	**$8,800**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible total del plan	$4,300
Especialista *[costos compartidos]*	$70
Hospital (centro) *[costos compartidos]*	40%
Otros *[costos compartidos]*	$70

Este EJEMPLO de circunstancia incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de cuidado primario *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$9,745**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$800
Copagos	$1,100
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,920**

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y cuidado de seguimiento)

El deducible total del plan	$4,300
Especialista *[costos compartidos]*	$70
Hospital (centro) *[costos compartidos]*	40%
Otros *[costos compartidos]*	$70

Este EJEMPLO de circunstancia incluye servicios como:

Cuidado en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Pruebas de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$2,000
Copagos	$600
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,600**

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles. Healthfirst no excluye, ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Healthfirst proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se puedan comunicar con nosotros:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, formato electrónico accesible y otros)
- Servicios gratuitos de idioma para personas cuyo primer idioma no sea el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Healthfirst al 1-866-305-0408. Para usar los servicios TTY, llame al 1-888-867-4132.

Si usted cree que Healthfirst no ha proporcionado estos servicios o le ha tratado de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante Healthfirst por:

Correo postal:	Healthfirst Member Services, P.O. Box 5165, New York, NY, 10274-5165
Teléfono:	1-866-305-0408 (para servicios TTY, llame al 1-888-867-4132)
Fax:	1-212-801-3250
En persona:	100 Church Street, New York, NY 10007
Correo electrónico:	http://healthfirst.com/members/contact/

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

En la página web:	Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
Por correo postal:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Por teléfono:	1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-867-4132).	Spanish
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 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Urdu