



Esto es solo un resumen. Si desea obtener más información acerca de su cobertura y costos, puede acceder a todos los términos de la póliza o al documento del plan en www.healthselectoftexas.com o llamar al (866) 336-9371 (TTY 711).

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	\$600 por familia, sin exceder \$200 por persona.	Debe abonar todos los costos hasta cubrir el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios con cobertura que usted utiliza. Consulte su póliza o documento del plan para saber cuándo el deducible comienza nuevamente (por lo general, pero no siempre, el 1.º de enero). Vea el cuadro que comienza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios con cobertura después de alcanzar el deducible .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí, \$50 por persona para gastos de medicamentos con receta, \$5,000 por cirugía bariátrica para empleados activos, y \$200 para determinados servicios sin autorización previa.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico antes que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay un <u>límite para los gastos de bolsillo</u> ?	Sí, el máximo total por persona es de \$6,450 y el máximo total por familia es de \$12,900 .	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios con cobertura. Este límite ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Contribuciones, cargos de facturación del saldo, atención de la salud que este plan no cubre y beneficios de la cirugía bariátrica.	Aunque usted pague estos gastos, no se incluirán en el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual total con respecto a lo que el plan paga?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de lo que pagará el plan por los servicios <i>específicos</i> con cobertura tales como las visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una <u>red</u> de proveedores?	Sí, este plan utiliza proveedores de red. Para obtener un listado de los proveedores de la red, consulte www.healthselectoftexas.com o llame al (866) 336-9371.	Si utiliza un médico u otro proveedor de atención médica que pertenece a la red, este plan pagará parte o la totalidad de los servicios con cobertura. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital de la red utilice algunos servicios de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido o participante para proveedores de su red. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver de qué forma este plan les paga a los distintos tipos de proveedores .
¿Necesito una derivación para ver a un <u>especialista</u> ?	No, no necesita derivaciones para ver a un especialista.	Puede ver al especialista que desee sin necesidad de un permiso del plan.
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 7. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos.

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.



- **Copago** es una cantidad fija en de dólares (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos con cobertura, generalmente cuando recibe el servicio.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio con cobertura, calculada como un porcentaje de la **cantidad permitida** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha alcanzado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios con cobertura se basa en la **cantidad permitida**. Si un proveedor que no pertenece a la red le cobra más de la **cantidad permitida**, puede que usted 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 hospitalizado y la **cantidad permitida** es \$1,000, usted tendrá que pagar una diferencia de \$500. (Esto se conoce como **facturación del saldo**).
- El plan puede sugerirle que visite a **proveedores de la red** que cobran **deducibles, copagos y coseguros** más bajos.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o clínica	Consulta con su médico de cabecera para tratar una enfermedad o lesión	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Consulta con un especialista	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Consulta con otro proveedor de salud	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/ exámenes/vacunas	Sin cargo	30% de coseguro	-----Ninguno-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (Radiografías, análisis de sangre)	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Imágenes: tomografía computarizada (TC), imágenes por resonancia magnética (IRM)	\$100 de copago más 30% de coseguro	\$100 de copago más 30% de coseguro	Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> está disponible en www.caremark.com/ers	Medicamentos genéricos	\$10 de copago (sin mantenimiento), \$10 de copago (con mantenimiento); \$30 de copago (pedido por correo o suministro extendido)	\$10 de copago más 40% de coseguro (sin mantenimiento), \$10 de copago más 40% de coseguro (con mantenimiento); \$30 de copago más 40% de coseguro (pedido por correo o suministro extendido)	Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago (sin mantenimiento), \$45 de copago (con mantenimiento); \$105 de copago (pedido por correo o suministro extendido)	\$35 de copago más 40% de coseguro (sin mantenimiento), \$45 de copago más 40% de coseguro (con mantenimiento); \$105 de copago más 40% de coseguro (pedido por correo o suministro extendido)	Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor. Nota: si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar un medicamento de marca preferido, deberá pagar el copago genérico y la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca preferido.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de copago (sin mantenimiento), \$75 de copago (con mantenimiento); \$180 de copago (pedido por correo o suministro extendido)	\$60 de copago más 40% de coseguro (sin mantenimiento), \$75 de copago más 40% de coseguro (con mantenimiento); \$180 de copago más 40% de coseguro (pedido por correo o suministro extendido)	Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor. Nota: si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar un medicamento de marca no preferido, deberá pagar el copago genérico y la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca no preferido.

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
	Medicamentos especiales	Si los adquiere en una farmacia, los medicamentos especiales tendrán cobertura como medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos según la lista anterior. De lo contrario, tendrán cobertura como un beneficio médico.	Si los adquiere en una farmacia, los medicamentos especiales tendrán cobertura como medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos según la lista anterior. De lo contrario, tendrán cobertura como un beneficio médico.	Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
Si necesita someterse a una cirugía ambulatoria	Arancel del centro de salud (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	\$100 de copago más 30% de coseguro	\$100 de copago más 30% de coseguro	Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
	Honorario del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	30% de coseguro	30% de coseguro	En caso de ingreso, se aplica un copago al copago por hospitalización para pacientes internados.
	Traslado médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
Si tiene que hospitalizarse	Arancel del centro de salud (p. ej., habitación)	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en

www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
	Honorario del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
Si necesita servicios de atención de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y conductual	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Servicios de salud mental y conductual para pacientes hospitalizados	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo	30% de coseguro	No se cobran las visitas por cuidado prenatal ni el servicio de parto con el obstetra.
	Parto y todos los servicios de internación	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$150/día de copago por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en

www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si necesita ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo (sin deducible) Coseguro del 30% para la terapia de infusión a domicilio	Sin cargo (sin deducible) Coseguro del 30% para la terapia de infusión a domicilio	Máximo de 100 consultas por año calendario por persona. Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Servicios de recuperación de las habilidades	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguno-----
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo (sin deducible)	Sin cargo (sin deducible)	Es posible que necesite autorización. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	30% de coseguro	Límite de reemplazo de uno cada 3 años por persona a menos que haya un cambio de enfermedad o estado del paciente. Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
	Atención para enfermos terminales	30% de coseguro (sin deducible)	30% de coseguro (sin deducible)	Es posible que necesite autorización previa. Si no presenta dicha autorización, el costo podría ser mayor.
Si su hijo necesita servicios dentales u oculares	Examen ocular	30% de coseguro	30% de coseguro	Límite de un examen de rutina por año calendario por persona.
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguno-----
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en

www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Servicios excluidos y otros servicios con cobertura:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Inseminación artificial
- Cirugía cosmética
- Consulta odontológica
- Servicios educativos, excluidos los programas de capacitación para la autogestión de la diabetes
- Anteojos
- Atención médica de larga duración
- Artículos de confort personal
- Programas para perder peso

Otros servicios con cobertura (Esta no es una lista completa. Consulte su póliza o documento del plan para obtener otros servicios con cobertura y sus precios.)

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Atención no urgente cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos
- Servicio de enfermería privado
- Exámenes oculares de rutina

Su derecho a continuar con la cobertura:

En el caso de que pierda la cobertura que le brinda este plan, según las circunstancias, las leyes federales y estatales amparan su cobertura médica. Estos derechos pueden tener limitaciones temporales y es probable que deba pagar una **prima**¹ sustancialmente más alta que la prima que paga durante la cobertura del plan. Su derecho a continuar con la cobertura puede estar sujeto a otras limitaciones.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, llame al (866) 336-9371. También puede ponerse en contacto con el departamento de seguros de su estado, el Departamento de Trabajo de Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o 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 acerca de sus derechos, este aviso o necesita ayuda, llame al (866) 336-9371 o visite www.healthselectoftexas.com.

¿Este plan brinda cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención de Salud Asequible (Affordable Care Act) exige que la mayor parte de las personas cuenten con una cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza brinda una cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple con el estándar mínimo de valor?

La Ley de Atención de Salud Asequible establece un estándar mínimo de valor respecto de los beneficios de un plan de salud. El estándar mínimo de valor es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar mínimo de valor respecto de los beneficios que brinda.**

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Para obtener asistencia en Español, llame al (866) 336-9371 durante el horario de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. CST Lunes-Viernes, y 7:00 a.m. a 3:00 p.m. CST Sábados.

—————*Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica específica, consulte la página siguiente.*—————

¹Si pertenece al plan HealthSelect, el pago que usted realiza para la cobertura del plan de salud se denomina contribución en vez de prima.

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo este plan cubriría los servicios médicos en determinadas situaciones. Utilice estos ejemplos para ver, en general, cuánta cobertura financiera podría obtener el paciente del ejemplo si tuviera cobertura en los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios serán distintos de los mencionados en los ejemplos.

Para obtener información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento

(parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$5,430
- El paciente paga: \$2,110

Ejemplos de los costos:

Gastos del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
Gastos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos recetados	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles (medicamento recetado + \$200 anuales)	\$250
Copagos (3 días de hospitalización del paciente)	\$450
Coseguro	\$1,410
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$2,110

Nota: estas cifras suponen que la paciente notificó su embarazo al plan. Si está embarazada y no lo informó, su costo puede ser mayor. Para obtener más información, llame al (866)336-9371.

Control de la diabetes tipo 2

(control de rutina de una enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,220
- El paciente paga: \$1,180

Ejemplos de los costos:

Medicamentos recetados	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles (medicamento recetado + \$200 anuales)	\$250
Copagos (6 meses de insulina de marca preferida)	\$270
Coseguro	\$660
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$1,180

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com. Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen **primas**.
- Los ejemplos de costos se basan en promedios nacionales suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. y no son específicos a una zona geográfica o plan de salud.
- La afección del paciente no era una enfermedad excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro con cobertura en este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan solo en el tratamiento de la enfermedad mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo se pueden sumar los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También lo ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque el servicio o tratamiento no tiene cobertura o el pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura contempla mis propias necesidades?

✘ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta enfermedad tal vez sea distinto, dependiendo de las instrucciones de su médico, edad, gravedad de su caso y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura puede predecir mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar los ejemplos para estimar los costos de atención de su enfermedad. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de los servicios que reciba, honorarios del **proveedor** y reembolso que el plan de salud autorice.

¿Puedo utilizar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted revise el resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, preste atención al casillero denominado “El paciente paga” de cada ejemplo. A menor monto, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí.** La **prima es un gasto importante**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA), Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) o Cuentas de Reembolsos para la Salud (HRA) que lo ayudan con los gastos de bolsillo.

Preguntas: llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en www.healthselectoftexas.com.

Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede ingresar al Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.