



Este es sólo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.healthselectoftexas.com o llame al (866) 336-9371 (TTY 711).

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$600 por familia, sin exceder los \$200 por persona.	Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes que este plan de seguro de salud comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Verifique su póliza o documento del plan para ver cuándo el deducible comienza nuevamente (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Vea el cuadro que comienza en la página 2 para ver cuánto paga por los servicios cubiertos luego de cumplir con el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, \$50 para gastos de medicamentos con receta por persona, \$5,000 para cirugía bariátrica para empleados activos, y \$200 para ciertos servicios sin autorización previa.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del deducible específico antes que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay un límite para los gastos propios ?	Sí, el máximo general por persona es de \$6,350 y el máximo general por familia es de \$12,700 .	El límite de gastos propios es lo máximo que podría pagar durante un periodo de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos propios ?	Contribuciones, cargos facturados a saldo, atenciones de la salud que este plan no cubre y beneficios de cirugía bariátrica.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabilizan para el límite de gastos propios .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de lo que pagará el plan por los servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí, este plan utiliza proveedores de red. Consulte en www.healthselectoftexas.com o llame al (866) 336-9371 para obtener un listado de los proveedores de la red.	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 cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital de la red utilice proveedores que no pertenecen a la red para algunos servicios. 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 la forma en que este plan les paga a los distintos tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para ver a un especialista ?	No, no se requieren referidos para ver a un especialista.	Puede ver al especialista que elija sin pedir permiso al 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 acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte 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, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá 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 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores de la red** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** 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 una clínica	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Consulta con un especialista	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de salud	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----
	Servicios preventivos/ evaluaciones/ vacunas	Sin cargo	30% de coseguro	-----Ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$100 de copago más 30% de coseguro	\$100 de copago más 30% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos los individuos cubiertos: Fuera del área | **Tipo de plan:** POS

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 requiere 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 (envío por correo o suministro diario 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 (envío por correo o suministro diario extendido)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago (sin mantenimiento), \$45 de copago (con mantenimiento); \$105 de copago (envío por correo o suministro diario 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 (envío por correo o suministro diario extendido)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar un medicamento de marca preferido, deberá pagar el copago del genérico y la diferencia entre el costo del medicamento de marca preferido y el medicamento genérico.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de copago (sin mantenimiento), \$75 de copago (con mantenimiento); \$180 de copago (envío por correo o suministro diario 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 (envío por correo o suministro diario extendido)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar un medicamento de marca no preferido, deberá pagar el copago del genérico y la diferencia entre el costo del medicamento de marca no preferido y el medicamento genérico.

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos los individuos cubiertos: Fuera del área | **Tipo de plan:** POS

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 especializados	Es común que los medicamentos especializados estén cubiertos como medicamentos de marca preferidos o medicamento de marca no preferidos según la lista anterior.	Es común que los medicamentos especializados estén cubiertos como medicamentos de marca preferidos o medicamento de marca no preferidos según la lista anterior. Sin embargo, algunos medicamentos especializados están disponibles solo a través de farmacias especializadas designadas por los fabricantes.	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	\$100 de copago más 30% de coseguro	\$100 de copago más 30% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
Si requiere 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	-----Ninguna-----
	Cuidado urgente	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos los individuos cubiertos: Fuera del área | **Tipo de plan:** POS

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 tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por ingreso. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por ingreso. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por ingreso. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo	30% de coseguro	No se aplican cargos a las visitas por cuidado pre-natal, ni al parto con el obstetra.
	Parto y todos los servicios de internación	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$150/día de copago por ingreso más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por ingreso. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos los individuos cubiertos: Fuera del área | **Tipo de plan:** POS

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 requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo (sin deducible) 30% de coseguro para la terapia de infusión en el hogar	Sin cargo (sin deducible) 30% de coseguro para la terapia de infusión en el hogar	Máximo de 100 visitas por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios de recuperación de las habilidades	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo (sin deducible)	Sin cargo (sin deducible)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	30% de coseguro	\$2,500 de límite anual por equipo médico duradero no esencial por persona. Límite de reemplazo de uno cada 3 años por persona a menos que haya un cambio de enfermedad o en el estado del paciente. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Cuidado de hospicio	30% de coseguro (sin deducible)	30% de coseguro (sin deducible)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si su hijo necesita prestaciones dentales u oculares	Examen de la vista	30% de coseguro	30% de coseguro	Límite de un examen de rutina por año calendario por persona.
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--|
| • Acupuntura | • Consulta dental | • Programas de pérdida de peso |
| • Anteojos | • Cuidado de largo plazo | • Servicios educativos, excluidos los programas de capacitación de autogestión sobre diabetes. |
| • Artículos de comodidad personal | • Inseminación artificial | |
| • Cirugía cosmética | | |

Otros servicios cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios).

- | | | |
|---|----------------------|----------------------------------|
| • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos | • Audífonos | • Exámenes de rutina de los ojos |
| • Atención quiropráctica | • Cirugía bariátrica | • Servicio de enfermería privado |

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Su derecho para 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 que le brinda el plan. Su derecho a continuar con la cobertura puede estar sujeto a otras limitaciones.

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

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

¿Este plan brinda cobertura esencial mínima?

La Ley de Cuidado de Salud Accesible (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 de valor mínimo?

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

Servicios de asistencia en otros idiomas:

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

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

¹En el plan HealthSelect, el pago que realice por la cobertura de plan de salud se llama contribución y no prima.

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de 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 pueden ser distintos de los mencionados en los ejemplos.

Para 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:

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 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

Control de la diabetes tipo 2

(mantenimiento 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

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

Preguntas: Llame al (866) 336-9371 para acceder al Servicio al Cliente o visite www.healthselectoftexas.com. Si no entiende alguno de los términos utilizados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (866) 336-9371 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- 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. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una enfermedad excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos propios 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?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. 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 sólo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta enfermedad 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 enfermedad. 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, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de 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 gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos propios, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. 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 propios.