



**Este es solo un resumen de los beneficios médicos.** Usted también tiene valiosos beneficios que se describen en el resumen de beneficios y cobertura de farmacia (“Pharmacy SBC.”) Usted debería leer este resumen (el plan médico “Medical SBC”) y el plan de farmacia Pharmacy SBC juntos. Si usted quiere más detalles sobre su cobertura y costos, puede acceder a todos los términos visitando la página “Plan Documentos” (Documentos del plan) del sitio web DCH: [www.dch.georgia/shbp](http://www.dch.georgia/shbp) o llamando al 1-855-641-4862.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:																														
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	<table border="0"> <tr> <td><b>Deducible</b></td> <td><b>En red:</b></td> <td><b>Fuera de red:</b></td> </tr> <tr> <td>• Usted</td> <td>\$ 1,500</td> <td>\$ 3,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + hijo(s)</td> <td>\$ 2,250</td> <td>\$ 4,500</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Cónyuge</td> <td>\$ 2,250</td> <td>\$ 4,500</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Familia</td> <td>\$ 3,000</td> <td>\$ 6,000</td> </tr> <tr> <td><b>Cuenta HRA</b></td> <td><b>Dólares al inicio:</b></td> <td><b>Dólares adicionales acumulados:</b></td> </tr> <tr> <td>• Usted</td> <td>\$400</td> <td>+ \$480 = \$880</td> </tr> <tr> <td>• Usted + hijo(s)</td> <td>\$600</td> <td>+ \$480 = \$1,080</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Cónyuge</td> <td>\$600</td> <td>+ \$960 = \$1,560</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Familia</td> <td>\$800</td> <td>+ \$960 = \$1,760</td> </tr> </table>	<b>Deducible</b>	<b>En red:</b>	<b>Fuera de red:</b>	• Usted	\$ 1,500	\$ 3,000	• Usted + hijo(s)	\$ 2,250	\$ 4,500	• Usted + Cónyuge	\$ 2,250	\$ 4,500	• Usted + Familia	\$ 3,000	\$ 6,000	<b>Cuenta HRA</b>	<b>Dólares al inicio:</b>	<b>Dólares adicionales acumulados:</b>	• Usted	\$400	+ \$480 = \$880	• Usted + hijo(s)	\$600	+ \$480 = \$1,080	• Usted + Cónyuge	\$600	+ \$960 = \$1,560	• Usted + Familia	\$800	+ \$960 = \$1,760	<p>Usted debe pagar todos los costos hasta el importe de <b>deducible</b> anual antes de que el plan empiece a pagar ciertos servicios cubiertos que usted use. Este plan tiene un <b>deducible</b> separado para los prestadores en red y los prestadores fuera de red. El <b>deducible</b> empieza otra vez el 1º de enero. Vea la tabla al inicio de la página 3 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar los deducibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo los costos por el <b>importe máximo permitido</b> cuentan para su deducible. Los costos que usted paga por gastos de farmacia y co-pagos médicos no cuentan para los <b>deducibles</b>.</li> <li>• Sus costos se pagan primero desde su cuenta HRA (plan de reembolso para gastos de salud), excepto los co-pagos médicos. SHBP financia una cantidad inicial, y usted (y su cónyuge cubierto) pueden acumular dólares HRA adicionales si completan las actividades de bienestar para 2014. Si usted o su cónyuge cubierto (o ambos) se inscribieron en la opción Non-Medicare Advantage de SHBP en 2013 y completó los requerimientos de bienestar de 2013, se añadirán dólares adicionales a su cuenta HRA el 1/1/2014 (\$240 por persona que complete los requerimientos).</li> </ul>
<b>Deducible</b>	<b>En red:</b>	<b>Fuera de red:</b>																														
• Usted	\$ 1,500	\$ 3,000																														
• Usted + hijo(s)	\$ 2,250	\$ 4,500																														
• Usted + Cónyuge	\$ 2,250	\$ 4,500																														
• Usted + Familia	\$ 3,000	\$ 6,000																														
<b>Cuenta HRA</b>	<b>Dólares al inicio:</b>	<b>Dólares adicionales acumulados:</b>																														
• Usted	\$400	+ \$480 = \$880																														
• Usted + hijo(s)	\$600	+ \$480 = \$1,080																														
• Usted + Cónyuge	\$600	+ \$960 = \$1,560																														
• Usted + Familia	\$800	+ \$960 = \$1,760																														
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No. No hay <b>deducibles</b> para servicios específicos.	Usted no tiene que alcanzar los <b>deducibles</b> para servicios específicos pero vea la tabla al inicio de la página 3 para conocer otros costos de servicios que cubre este plan (coseguro).																														
¿Hay algún <b>máximo de bolsillo</b> sobre mis gastos?	<table border="0"> <tr> <td>Sí.</td> <td><b>En red:</b></td> <td><b>Fuera de red:</b></td> </tr> <tr> <td>• Usted</td> <td>\$ 4,000</td> <td>\$ 8,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + hijo(s)</td> <td>\$ 6,000</td> <td>\$ 12,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Cónyuge</td> <td>\$ 6,000</td> <td>\$ 12,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Familia</td> <td>\$ 8,000</td> <td>\$ 16,000</td> </tr> </table>	Sí.	<b>En red:</b>	<b>Fuera de red:</b>	• Usted	\$ 4,000	\$ 8,000	• Usted + hijo(s)	\$ 6,000	\$ 12,000	• Usted + Cónyuge	\$ 6,000	\$ 12,000	• Usted + Familia	\$ 8,000	\$ 16,000	El máximo pago de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este <b>máximo</b> le ayuda a planificar sus gastos en salud.															
Sí.	<b>En red:</b>	<b>Fuera de red:</b>																														
• Usted	\$ 4,000	\$ 8,000																														
• Usted + hijo(s)	\$ 6,000	\$ 12,000																														
• Usted + Cónyuge	\$ 6,000	\$ 12,000																														
• Usted + Familia	\$ 8,000	\$ 16,000																														

<p>¿Qué no está incluido en su <b>máximo de bolsillo</b>?</p>	<p>Primas, saldo de cargos facturados, gastos de farmacia y otros servicios que el componente de beneficios médicos de este plan no cubre.</p>	<p>Incluso aunque pueda pagar estos gastos, estos no cuentan para su pago <b>máximo</b> de bolsillo.</p>
<p>¿Hay un <b>máximo anual general sobre lo que paga el plan</b>?</p>	<p>No.</p>	<p>La tabla que empieza en la página 3 describe los <b>máximos</b> de lo que pagará el plan por los servicios cubiertos, como las visitas a la consulta. Para mayor información, véase los Documentos del Plan.</p>
<p>¿Este plan usa una <b>red de prestadores</b>?</p>	<p>Sí. Dentro del Estado de Georgia, la red es Open Access POS, fuera del Estado de Georgia, es Blue Card PPO. Vea <a href="http://www.bcbsga.com/shbp">www.bcbsga.com/shbp</a> o llame al 1-855-641-4862 para consultar la lista de prestadores de la red.</p>	<p>Si usted usa un doctor u otro <b>prestador</b> de salud de la red, este plan pagará parte o todos los costos de los servicios cubiertos. Pero tenga en cuenta que su doctor u hospital de la red pueden usar un <b>prestador</b> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término en red, <b>preferido</b> o participante para los <b>prestadores</b> en su red. El <b>importe máximo permitido</b> para prestadores fuera de red es normalmente el 110% de la tarifa Medicare para ese servicio. En la mayoría de los casos, el plan no acepta la cesión de beneficios a <b>prestadores</b> fuera de la red, y le paga los beneficios directamente a usted. Es su responsabilidad enviar el pago al <b>prestador</b> fuera de red, y puede que le entreguen una <b>factura por el saldo</b>. Vea la tabla que comienza abajo para ver cómo paga este plan a los diferentes tipos de <b>prestadores</b>.</p>
<p>¿Necesito una derivación para ver un <b>especialista</b>?</p>	<p>No.</p>	<p>Usted puede ver al <b>especialista</b> que elija sin permiso del plan o de su médico de atención primaria.</p>
<p>¿Hay servicios que este plan no cubre?</p>	<p>Sí.</p>	<p>Algunos de los servicios que este plan no cubre se indican en la página 5. Vea el documento de su plan para información adicional sobre los <b>servicios excluidos</b>.</p>



- Los **copagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$35) que paga por atención de salud cubierta, normalmente cuando recibe el servicio.
- El **co-seguro** es su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del **importe máximo permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **importe máximo permitido** para una estadía de una noche en un hospital de la red es \$1,000, su pago de **co-seguro** del 15% sería \$150 después de que hubiera gastado su deducible dentro de la red.
- El importe que paga el plan por los servicios cubiertos está basado en el **importe máximo permitido**. Si un **prestador** fuera de la red cobra más que el **importe máximo permitido**, usted puede tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una noche de hospital y el **importe máximo permitido** es \$1,000, usted puede tener que pagar los \$500 de diferencia además de su deducible y co-seguro. Esto se llama "**facturación del saldo**" (**balance billing**).
- Si usa los prestadores dentro de la red, usted tendrá que ciertos co-pagos por servicios cubiertos y menores **deducibles, coseguros y máximos de bolsillo**.

**Preguntas sobre beneficios médicos:** Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp). Si no tiene claro lo que significan las palabras subrayadas que se usan en este formulario, vea el Glosario. Usted puede consultar el glosario en la página "Glossary" (sección "Resources & Tools") en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp) o llamar al 1-855-641-4862 para pedir una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta Cobertura para: Todos los tipos de cobertura | Tipo de plan: HRA

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un prestador de la red	Su costo si usa un prestador fuera de la red	Limitaciones y excepciones
<b>Si usted visita la consulta o clínica de un prestador de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <b>co-pago</b> /visita	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Hay <b>máximos</b> por visita para obesidad infantil Véase la información sobre consejería nutricional abajo.
	Visita al especialista	\$45 de <b>co-pago</b> /visita	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Ninguna
	Visita a la consulta de otro profesional	\$45 de <b>co-pago</b> /visita para el quiropráctico	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible para el quiropráctico	La cobertura está limitada a 20 visitas al quiropráctico por año del plan.
	Cuidado preventivo/detección/inmunización	No hay costo compartido por servicios cubiertos codificados correctamente como cuidado preventivo y por un prestador de red.	No cubierto*	*Excepción - los servicios de radiólogo y anestesista de hospitales provistos por un prestador fuera de red en un centro de la red y codificados apropiadamente como cuidado preventivo se pagan al 100% del <b>importe máximo permitido</b> .
<b>Si usted se hace una prueba durante una visita a la consulta</b>	Prueba diagnóstica (rayos X, examen de sangre)	100% de cobertura después del co-pago por visita a la consulta	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Ninguna
	Imágenes de diagnóstico (CT/PET)	100% de cobertura después del co-pago por visita a la consulta	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Puede requerir pre-certificación.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Más información sobre la <b>cobertura de medicamentos recetados</b> está disponible en el plan farmacéutico Pharmacy SBC.	Medicamentos genéricos	Vea Pharmacy SBC.		Vea Pharmacy SBC.
	Medicamentos de marca preferida	Vea Pharmacy SBC.		Vea Pharmacy SBC.
	Medicamentos de marca no preferida	Vea Pharmacy SBC.		Vea Pharmacy SBC.
	Medicamentos especializados	Vea Pharmacy SBC.		Vea Pharmacy SBC.
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	15% de <b>co-seguro</b> después del deducible	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Puede requerir pre-certificación.

**Preguntas sobre beneficios médicos:** Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp). Si no tiene claro lo que significan las palabras subrayadas que se usan en este formulario, vea el Glosario. Usted puede consultar el glosario en la página “Glossary” (sección “Resources & Tools”) en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp) o llamar al 1-855-641-4862 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un prestador de la red	Su costo si usa un prestador fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Honorarios del médico/cirujano	15% de <b>co-seguro</b> después del deducible	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Algunos <b>prestadores</b> no están cubiertos como los asistentes en una cirugía. Puede requerir pre-certificación.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de emergencia	\$150 de <b>co-pago</b> /visita por atención de emergencia		El co-pago no se aplica si el paciente es hospitalizado.
	Transporte de emergencia médica	15% de <b>co-seguro</b> después del deducible		Ninguna
	Atención de urgencia	\$35 de <b>co-pago</b> /visita	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Ninguna
<b>Si usted tiene una hospitalización o una visita ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	15% de <b>co-seguro</b> después del deducible	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Puede requerir pre-certificación.
	Honorarios del médico/cirujano	15% de <b>co-seguro</b> después del deducible	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Algunos <b>prestadores</b> no están cubiertos como los asistentes en una cirugía. Puede requerir pre-certificación.
	Centro de internación de salud mental y abuso de sustancias	15% de <b>co-seguro</b> después del deducible	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	El no obtener una pre-certificación puede derivar en la no cobertura o beneficios reducidos.
	Visitas ambulatorias/día parcial de hospitalización de salud mental y abuso de sustancias – institucional	100% de cobertura después de \$25 de <b>co-pago</b> /visita	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Ver arriba
	Visitas de salud mental y abuso de sustancias – profesional	100% de cobertura después de \$25 de <b>co-pago</b> /visita por terapia de grupo o \$45 de <b>co-pago</b> /visita por terapia individual	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Ver arriba
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y postnatales (incluye los cargos del médico por el parto)	\$35 <b>co-pago</b> /visita inicial	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Los cargos por parto forman parte del cuidado prenatal y postnatal. Puede requerir pre-certificación.
	Parto y todos los servicios hospitalarios	15% de <b>co-seguro</b> después del deducible	40% de <b>co-seguro</b> después del deducible	Aplica a centros hospitalarios.

**Preguntas sobre beneficios médicos:** Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp). Si no tiene claro lo que significan las palabras subrayadas que se usan en este formulario, vea el Glosario. Usted puede consultar el glosario en la página “Glossary” (sección “Resources & Tools”) en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp) o llamar al 1-855-641-4862 para pedir una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un prestador de la red	Su costo si usa un prestador de la red	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Atención de salud domiciliaria	15% de <u>co-seguro</u> después del deducible	40% de <u>co-seguro</u> después del deducible	Se requiere pre-certificación.
	Servicios de rehabilitación	\$25 de <u>co-pago</u> /visita	40% de <u>co-seguro</u> después del deducible	<b>Máximo</b> de visitas de rehabilitación de 40 visitas por año del plan combinado dentro y fuera de la red, para cada tipo de rehabilitación: ocupacional, física, habla, pulmonar y rehabilitación cardíaca.
	Servicios de habilitación	\$25 de <u>co-pago</u> /visita	40% de <u>co-seguro</u> después del deducible	Las visitas de habilitación cuentan hasta el <b>máximo</b> de visitas de rehabilitación indicado arriba.
	Atención de enfermería especializada	15% de <u>co-seguro</u> después del deducible	No cubierto	<b>Máximo</b> de 120 días por año del plan en servicios de centros. Puede requerir pre-certificación.
	Equipo médico duradero	15% de <u>co-seguro</u> después del deducible	40% de <u>co-seguro</u> después del deducible	Puede requerir pre-certificación.
	Servicio de cuidados paliativos	15% de <u>co-seguro</u> después del deducible	40% de <u>co-seguro</u> después del deducible	Puede requerir pre-certificación.
	Consejería nutricional	Sin distribución de costo	No hay proporción del costo hasta los <b>importes máximos permitidos</b> .	Hay <b>máximos</b> por visita para obesidad infantil. Hay un <b>máximo</b> de visitas a dietistas registrados.

Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Sin distribución de costo	No cubierto	<b>Máximo</b> de un examen de rutina cada 24 meses.
	Lentes	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Revisión dental	No cubierto	No cubierto	Ninguna

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Algunos servicios que su plan NO cubre** (Esta no es una lista completa. Revise el documento de su póliza o plan para ver los servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Aborto electivo (excepto si la vida de la madre está en riesgo)
- Tratamiento de infertilidad
- Enfermería privada
- Cuidado hospitalario a largo plazo
- Cuidado dental de rutina
- Cuidado regular de pies
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos** (Esta no es una lista completa. Revise el documento de su póliza o plan para ver los otros servicios cubiertos, limitaciones y sus costos por esos servicios).

- Atención quiropráctica
- Dispositivos de audición (aplican limitaciones)
- La mayoría de la cobertura efectuada fuera de los Estados Unidos.  
[www.bcbs.com/bluecardworldwide](http://www.bcbs.com/bluecardworldwide).
- Atención no de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos

## Sus derechos para continuar la cobertura:

Si usted pierde la cobertura por el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden disponer protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Esos derechos pueden ser de duración limitada y requieren que usted pague una prima, que puede ser significativamente superior que la prima que paga mientras estaba cubierto por el plan. También pueden aplicar otras limitaciones a sus derechos a continuar la cobertura.

Para más información sobre sus derechos a la cobertura continuada, llame al servicio de información del plan al teléfono 1 800-610-1863. Usted también puede comunicarse con su departamento estatal de seguros, la Administración de seguridad de beneficios para empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor) al teléfono 1-866-444-3272 o a través del sitio web [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) al teléfono 1-877-267-2323 ext. 61565 o ingrese al sitio web [www.cciio.com.gov](http://www.cciio.com.gov).

**Preguntas sobre beneficios médicos:** Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp). Si no tiene claro lo que significan las palabras subrayadas que se usan en este formulario, vea el Glosario. Usted puede consultar el glosario en la página “Glossary” (sección “Resources & Tools”) en [www.bcbsga.com/shbp](http://www.bcbsga.com/shbp) o llamar al 1-855-641-4862 para pedir una copia.

### **Sus derechos de queja y apelación:**

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con la denegación de cobertura para solicitudes de reembolso médico de su plan, es posible que pueda **apelar** o presentar un **reclamo**. Debería comunicarse directamente con Blue Cross Blue Shield of Georgia para apelar la denegación de cobertura para solicitudes de reembolso llamando al 1-855-641-4862. Para apelaciones asociadas con los dólares acumulados en su Cuenta HRA en 2014, comuníquese con Healthways, Inc. al 1-888-616-6411. Para preguntas sobre su elegibilidad, derechos, este aviso o asistencia, puede ponerse en contacto con: el teléfono gratuito de información del plan estatal de beneficios de salud (State Health Benefit Plan Call Center) de Healthways, Inc. al número 1-800-610-1863 o acceder a la información sobre apelaciones de elegibilidad a [www.dch.georgia.gov/shbp](http://www.dch.georgia.gov/shbp).

### **¿Esta cobertura entrega la Cobertura Esencial Mínima?**

La Ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tenga una cobertura de salud que califique como “cobertura esencial mínima”. **El plan, que incluye beneficios médicos y de bienestar descritos en los beneficios médicos Medical SBC y los beneficios de farmacia descritos en Pharmacy SBC sí proporciona la cobertura esencial mínima.**

### **¿Esta Cobertura cumple el Estándar de valor Mínimo?**

La ley de Cuidado de Salud Asequible establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es de 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud sí cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que entrega.**

### **Servicios de idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-641-4862

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir costos para una situación médica de ejemplo, véase la siguiente página.* —————

## Sobre estos Ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo este plan puede cubrir los cuidados médicos en situaciones específicas. Estos ejemplos incluyen costos por beneficios de farmacia. Para mayor información sobre los beneficios de farmacia, vea Pharmacy SBC. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera obtendría el paciente del ejemplo si está cubierto por distintos planes.



**Esto no es un  
calculador de  
costos.**

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales según este plan. La atención real que reciba será distinta a la de estos ejemplos, y el costo de ese cuidado también será diferente.

Lea la página siguiente para información importante sobre estos ejemplos.

### Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad debida a los prestadores: \$7,540
- El plan paga \$4,985\*
- El paciente paga \$2,555\*

#### Costos de atención de ejemplo:

Cargos de hospital (madre)	\$3,600
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros atenciones preventivas	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,500
Co-pago	\$35
Co-seguro	\$870
Máximos permitidos o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$2,555</b>

### Manejo de diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- Cantidad debida a los prestadores: \$4,835
- El plan paga \$2,550\*
- El paciente paga \$2,285\*

#### Costos de atención de ejemplo:

Recetas	\$2,900
Equipo y suministros médicos	\$1,300
Visitas a la consulta y procedimientos	\$135
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, otros atenciones preventivas	\$100
<b>Total</b>	<b>\$4,835</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,500
Co-pago	\$135
Co-seguro	\$570
Máximos permitidos o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$2,285</b>

## Preguntas y respuestas sobre los Ejemplos de cobertura:

### ¿Cuáles son algunas de los supuestos en los Ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los costos de atención de ejemplo están basados en promedios nacionales informados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no son específicos de un área geográfica o plan de salud particular.
- La condición del paciente no es una condición excluida o pre-existente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hubo otros gastos médicos para otros miembros cubiertos bajo este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan solo en tratar la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los cuidados de **prestadores** de la red. Si el paciente hubiera recibido cuidados de **prestadores** fuera de la red, los costos y la responsabilidad del afiliado hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra un Ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el Ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo los **deducibles**, **copagos** y **coseguros** pueden sumarse. También le ayuda a ver qué gastos pueden quedar para que pague usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

### ¿El Ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de salud?

✘ **No.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos. El cuidado que reciba para esa condición podría ser diferente basado en el consejo de su doctor, su edad, cuán grave sea su condición y muchos otros factores.

### ¿El Ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son calculadoras de costo. No puede usar los ejemplos para calcular los costos para una enfermedad real. Son solo para fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes dependiendo del cuidado que reciba, los precios que cobren sus **prestadores**, y el reembolso que permita su plan de salud.

### ¿Puedo usar los Ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Si.** Cuando mire al Resumen de beneficios y cobertura para otros planes, encontrará los mismos Ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, revise la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuando menor sea esa cifra, más cobertura ofrece el plan.

### ¿Hay otros costos que debería considerar al comparar planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que paga. Generalmente, cuanto más baja la **prima**, más pagará en gastos de bolsillo, tales como **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debería tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros de salud (HSA, por sus siglas en inglés), sistemas de gasto flexible (FSA) o las cuentas de reembolso de salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de bolsillo.