

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



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 SCB 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 o llamando al 1-855-641-4862.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:																														
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Deducible</th> <th>En red:</th> <th>Fuera de red:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Usted</td> <td>\$ 2,000</td> <td>\$ 4,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + hijo(s)</td> <td>\$ 3,000</td> <td>\$ 6,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Cónyuge</td> <td>\$ 3,000</td> <td>\$ 6,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Familia</td> <td>\$ 4,000</td> <td>\$ 8,000</td> </tr> <tr> <th>Cuenta HRA</th> <th>Dólares al inicio:</th> <th>Dólares adicionales acumulados:</th> </tr> <tr> <td>• Usted</td> <td>\$ 200</td> <td>+ \$480 = \$680</td> </tr> <tr> <td>• Usted + hijo(s)</td> <td>\$ 300</td> <td>+ \$480 = \$780</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Cónyuge</td> <td>\$ 300</td> <td>+ \$960 = \$1,260</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Familia</td> <td>\$ 400</td> <td>+ \$960 = \$1,360</td> </tr> </tbody> </table>	Deducible	En red:	Fuera de red:	• Usted	\$ 2,000	\$ 4,000	• Usted + hijo(s)	\$ 3,000	\$ 6,000	• Usted + Cónyuge	\$ 3,000	\$ 6,000	• Usted + Familia	\$ 4,000	\$ 8,000	Cuenta HRA	Dólares al inicio:	Dólares adicionales acumulados:	• Usted	\$ 200	+ \$480 = \$680	• Usted + hijo(s)	\$ 300	+ \$480 = \$780	• Usted + Cónyuge	\$ 300	+ \$960 = \$1,260	• Usted + Familia	\$ 400	+ \$960 = \$1,360	<p>Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad de <u>deducible</u> anual antes de que este plan empiece a pagar los servicios cubiertos que usted usa. Este plan tiene un <u>deducible</u> separado para los prestadores en red y los prestadores fuera de red. El deducible empieza otra vez el 1° de enero. Vea la tabla al inicio de la página 3 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar los <u>deducibles</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo los costos de <u>cantidades permitidas</u> cuentan para su deducible. Los costos que usted paga por gastos de farmacia no cuentan para los <u>deducibles</u>. Sus costos se pagan primero de su Cuenta HRA. 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).
Deducible	En red:	Fuera de red:																														
• Usted	\$ 2,000	\$ 4,000																														
• Usted + hijo(s)	\$ 3,000	\$ 6,000																														
• Usted + Cónyuge	\$ 3,000	\$ 6,000																														
• Usted + Familia	\$ 4,000	\$ 8,000																														
Cuenta HRA	Dólares al inicio:	Dólares adicionales acumulados:																														
• Usted	\$ 200	+ \$480 = \$680																														
• Usted + hijo(s)	\$ 300	+ \$480 = \$780																														
• Usted + Cónyuge	\$ 300	+ \$960 = \$1,260																														
• Usted + Familia	\$ 400	+ \$960 = \$1,360																														
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No. No hay <u>deducibles</u> para servicios específicos.	Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> 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 un <u>límite de desembolso personal (out-of-pocket limit)</u> sobre mis gastos?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>En red:</th> <th>Fuera de red:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Usted</td> <td>\$ 5,000</td> <td>\$ 10,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + hijo(s)</td> <td>\$ 7,500</td> <td>\$ 15,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Cónyuge</td> <td>\$ 7,500</td> <td>\$ 15,000</td> </tr> <tr> <td>• Usted + Familia</td> <td>\$ 10,000</td> <td>\$ 20,000</td> </tr> </tbody> </table>		En red:	Fuera de red:	• Usted	\$ 5,000	\$ 10,000	• Usted + hijo(s)	\$ 7,500	\$ 15,000	• Usted + Cónyuge	\$ 7,500	\$ 15,000	• Usted + Familia	\$ 10,000	\$ 20,000	El límite de desembolso personal es lo máximo que pagará durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos en salud.															
	En red:	Fuera de red:																														
• Usted	\$ 5,000	\$ 10,000																														
• Usted + hijo(s)	\$ 7,500	\$ 15,000																														
• Usted + Cónyuge	\$ 7,500	\$ 15,000																														
• Usted + Familia	\$ 10,000	\$ 20,000																														

Preguntas sobre beneficios médicos: Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en 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 or call 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

¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso personal</u> ?	Primas, saldo de cargos facturados, gastos de farmacia y otros servicios que el componente de beneficios médicos de este plan no cubre.	Incluso aunque usted pueda pagar estos gastos, no cuentan para el límite de bolsillo.
¿Hay un límite anual total sobre lo que paga el plan?	No.	La tabla que empieza en la página 3 describe los límites de lo que pagará el plan por servicios cubiertos específicos, tales como visitas a la consulta. Para mayor información, lea los Documentos del plan.
¿Este plan usa una <u>red de prestadores</u> ?	Sí. Dentro del Estado de Georgia, la red es Open Access POS, fuera del Estado de Georgia, es Blue Card PPO. Vea www.bcbsga.com/shbp o llame al 1-855-641-4862 para consultar la lista de prestadores de la red.	Si usted usa un doctor u otro prestador de salud dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su doctor u hospital de la red pueden usar un prestador fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término en red, preferido o participante para los prestadores de su red. La cantidad permitida para prestadores fuera de red es normalmente el 110% de la tasa Medicare por el servicio. En la mayoría de los casos, el plan no acepta la cesión de beneficios a prestadores fuera de la red, y le paga los beneficios directamente a usted. Es su responsabilidad enviar el pago al prestador fuera de red, y puede que le entreguen una factura por el saldo . Vea la tabla que comienza abajo para ver cómo paga este plan a los diferentes tipos de prestadores .
¿Necesito una derivación para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver al especialista que elija sin permiso del plan o de su médico de atención primaria.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	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 servicios excluidos .



- El **coseguro** es *su* proporción de los costos de un servicio cubierto, calculado como porcentaje de la **cantidad permitida** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan para quedarse una noche en un hospital de la red es de \$1,000, su pago de **coseguro** del 20% sería de \$200 después de que haya alcanzado su deducible de red.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **prestador** fuera de red cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una noche de estadía y la **cantidad permitida** es \$1,000, usted puede tener que pagar los \$500 de diferencia además de su deducible y el coseguro. (Esto se llama **facturación por el saldo**)
- Al usar los prestadores en red, tendrá **deducibles, coseguro y pagos máximos de bolsillo** más bajos.

Preguntas sobre beneficios médicos: Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en 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 or call 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
Si usted visita la consulta o clínica de un <u>prestador</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Hay límites de visitas por obesidad infantil.
	Visita al especialista	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
	Visita a la consulta de otro profesional	20% de <u>coseguro</u> para quiropráctico	40% de <u>coseguro</u> para quiropráctico	La cobertura está limitada a 20 visitas al quiropráctico por año del plan. Hay límites de visitas a dietistas registrados.
	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 radiólogos y anesestesiólogos en un hospital realizados por un prestador fuera de red en un centro de la red y codificados correctamente como cuidado preventivo se pagan al 100% de la <u>cantidad permitida</u> .
Si se hace un examen	Prueba diagnóstica (rayos X, examen de sangre)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
	Imagenología (exámenes CT[tomografía computarizada]/PET [tomografía por emisión de positrones], MRI [resonancia magnética])	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Puede requerir pre-certificación.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> 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.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Puede requerir pre-certificación.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Algunos <u>prestadores</u> no están cubiertos como los asistentes en una cirugía. Puede requerir pre-certificación.
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de emergencia	20% de <u>coseguro</u> por atención de emergencia		Ninguno
	Transporte de emergencia médica	20% <u>coseguro</u>		Ninguno
	Atención de urgencia	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno

Preguntas sobre beneficios médicos: Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en 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 or call 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
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Puede requerir pre-certificación.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Algunos <u>prestadores</u> no están cubiertos como los asistentes en una cirugía. Puede requerir pre-certificación.
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	El no obtener la pre-certificación puede derivar en la no cobertura o en la reducción de los beneficios.
	Servicios internos de salud mental/conductual	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ver arriba
	Servicios ambulatorios para trastorno de uso de sustancias	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ver arriba
	Servicios internos para trastorno de uso de sustancias	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ver arriba
Si está embarazada	Cuidados prenatales y postnatales (incluye los cargos del médico por el parto)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Los cargos por parto forman parte del cuidado prenatal y postnatal. Puede requerir pre-certificación.
	Parto y todos los servicios hospitalarios	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Aplica a centros hospitalarios. Otra distribución del costo puede aplicar dependiendo de los servicios prestados.
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud domiciliaria	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Puede requerir pre-certificación.
	Servicios de rehabilitación	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	El límite de visitas de rehabilitación es 40 visitas por año del plan combinado dentro y fuera de red, por cada uno: rehabilitación ocupacional, física, habla, pulmonar y cardíaca.
	Servicios de habilitación	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Las visitas de habilitación cuentan para el límite de vistas de rehabilitación.
	Atención de enfermería especializada	20% <u>coseguro</u>	No cubierto	Límite de 120 días por año del plan por servicios del centro. Puede requerir pre-certificación.
	Equipo médico duradero	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Puede requerir pre-certificación.
	Servicios de hospicio (Hospice Services)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Puede requerir pre-certificación.

Preguntas sobre beneficios médicos: Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en 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 or call 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

Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Sin distribución de costo	No cubierto	Límite de un examen de rutina cada 24 meses.
	Lentes	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Revisión dental	No cubierto	No cubierto	Ninguno

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.
- 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, 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.

Preguntas sobre beneficios médicos: Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en 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 or call [1-855-641-4862](http://www.bcbsga.com/shbp) 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

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.

¿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.

Preguntas sobre beneficios médicos: Llame al teléfono 1-855-641-4862 o visítenos en 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 or call [1-855-641-4862](tel:1-855-641-4862) para pedir una copia.

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 de red: esto no llega a \$7,540
- El plan paga \$4,330*
- El paciente paga \$3,210*

Costos de atención de ejemplo:

Cargos de hospital (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Cargos de hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros atenciones preventivas	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,060
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$3,210

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

- Cantidad debida a los prestadores: \$5,400
- El plan paga \$2,760
- El paciente paga \$2,640

Costos de atención de ejemplo:

Recetas	\$2,900
Equipo y suministros médicos	\$1,300
Visitas a la consulta y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, otros atenciones preventivas	\$100
Total	\$5,400

Patient pays:

Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$560
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$2,640

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?

✓ **Si.** Un costo importante es la **prima** que paga. Generalmente, cuanto más baja la **prima**, más pagara 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.