



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, 1.888.758.1616 o al 787.281.2800. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.mcs.com.pr o www.healthcare.gov/sbc-glossary, o llamar a 1-888-758-1616 o al 787-281-2800 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, servicios de emergencia y ciertos servicios preventivos .	Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deductibles para servicios específicos?	Sí. Cubierta de Gastos Médicos Mayores: \$300 - deducible individual / \$600 - deducible pareja o familiar. No hay otros deductibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para los servicios Médicos-Hospitalarios y cubierta de farmacia: \$6,600- individual y \$13,200- familiar Para la cubierta Gastos Médicos Mayores: \$3,000- individual y \$6,000- familiar	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que cumplir su propio límite a los gastos directos del bolsillo hasta que se complete el total familiar del límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , Cuidado de Salud no cubierto por el plan, Programas de Valor añadido, Gastos Médicos, Mayores, Costos compartidos pagados por un tercero (ejemplo: programas de descuento, programas de asistencia a pacientes provistos por manufactureros o fundaciones, Gastos de las siguientes cubiertas: dental y visión.	Incluso si pagas estos gastos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Vea www.mcs.com.pr o llame al 1-888-758-1616 (libre de costo) o al 787-281-2800 (área metro) para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .

⚠️ Todos los copagos y el coaseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deductible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su <u>médico de atención primaria</u> para tratar una afección o lesión	\$10 / visita		
	Consulta con un <u>especialista</u> Consulta a un <u>sub-especialista</u>	\$10 / visita \$15 / visita	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un <u>proveedor participante</u> menos cualquier <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> aplicable por el servicio recibido.	
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Ningún cargo		
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% <u>coaseguro</u>		
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% <u>coaseguro</u>		Pet Scan / Pet CT - Requiere <u>pre-autorización</u> a través de Asuntos Clínicos. CT Scan / MRA / MRI – no requiere <u>pre-autorización</u>

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en http://www.mcs.com.pr/</p>	Medicamentos genéricos	Punto de Servicio: \$0 copago / Mail Order: \$0 copago	Usted paga el 100% de los costos. No aplica reembolso.	<p>Aplican las siguientes reglas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos como primera opción. • Hasta 15 días de suministro de medicamentos para tratar condiciones agudas. • Suministro de hasta 30 o 90 días para medicamentos de mantenimiento, según corresponda. • Los medicamentos de especialidad no se dispensan a través de pedidos por correo. • Algunos medicamentos requieren autorización previa del Gerente de Beneficios de Farmacia (PBM).
	Medicamentos de marca	Punto de Servicio: 20% coaseguro / Mail Order: \$20 copago		
	Medicamentos nuevos	Punto de Servicio: 20% coaseguro / Mail Order: \$20 copago		
	Medicamentos de especialidad	30% coaseguro , máximo \$250 copago		
	Medicamentos fuera del Recetarios (OTC)	\$0 copago		
				<p>Estos son medicamentos fuera de recetarios (OTC) cubierto con \$0 copago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores de la bomba de protones (PPI) • Antihistamínicos no sedantes • Esteroides nasales • Alergias oculares <p>Estos son medicamentos que se pueden comprar sin receta médica. Son seguros y efectivos cuando sigue las instrucciones de la etiqueta o de un profesional de la salud. Estos medicamentos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en la misma dosis que cuando eran medicamentos de leyenda. Su beneficio de farmacia cubre algunos medicamentos de venta libre que requieren una receta por escrito de su médico.</p>

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$25 / visita		0% <u>coaseguro</u> para procedimientos endoscópicos, más copago de facilidad ambulatoria. Requiere preautorización a través de Asuntos Clínicos.
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo		
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	Ningún cargo - accidente \$50 / visita – enfermedad		<p>Ambulancia terrestre en PR: MCS reembolsará hasta un máximo de \$75 por viaje.</p> <p>Ambulancia Aérea en PR: Aplica 20% <u>coaseguro</u> de las tarifas establecidas por MCS con el <u>proveedor</u> contratado para estos servicios.</p> <p><u>Atención de urgencia</u> \$10 / visita</p> <p>Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un <u>proveedor participante</u> menos cualquier <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> aplicable por el servicio recibido.</p>
	<u>Transporte médico de emergencia</u>			
	<u>Atención de urgencia</u>	\$10 / visita		
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$50 / visita		
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo		
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 / visita		
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$50 / visita (<u>hospitalización</u>)		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$8 / visita		Se aplica un <u>copago</u> de \$0, si el miembro se registra en Madres y Bebés Saludables, durante los primeros 3 meses de embarazo.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Ningún cargo		
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$50 / visita		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Ningún cargo	Usted paga el 100% de los costos al momento de recibir los servicios. MCS reembolsará a base de tarifa contratada con un <u>proveedor participante</u> menos cualquier <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> aplicable por el servicio recibido.	Máximo de 60 días por año póliza. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Ningún cargo		Cubierto bajo Cuidado de Salud en el Hogar. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Ningún cargo		Cubierto bajo Cuidado de Salud en el Hogar. Coordinado a través de Asuntos Clínicos
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Ningún cargo		Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coaseguro</u>		Requiere <u>preautorización</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos u hospicio</u>	Ningún cargo		Cubierto a través de cubierta básica Mayores mediante reembolso. Coordinado a través de Asuntos Clínicos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Ningún cargo No aplica deducible		Servicios Preventivos: Uno por año póliza para niños
	Anteojos para niños	Ningún cargo No aplica deducible		Servicios Preventivos: Los espejuelos (lentes o monturas) para niños se limitan a ciertos diagnósticos médicos o lesiones.
	Control dental para niños	Ningún cargo No aplica deducible		Servicios Preventivos: Las revisiones dentales infantiles están cubiertas a través del plan dental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

Algunas Exclusiones generales:

- Cargos que la persona no esté legalmente obligada a pagar.
- Cirugía cosmética
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado dental (adultos)
- Drogas o medicinas obtenidas sin una receta del médico o no aprobadas por la Agencia Federal FDA
- Enfermería privada

- Gastos o Servicios por procedimientos médicos nuevos considerados experimentales o investigativos hasta que MCS determine su inclusión.
- Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta bajo esta póliza haga a un proveedor participante sin estar obligados por este contrato a hacerlo.
- Lesiones surgidas a consecuencia de la comisión o intento de comisión de un acto ilegal.

- Programas de control de peso
- Servicios que no sean de emergencia, fuera de los Estados Unidos
- Servicios que no sean médicaamente necesarios.
- Servicios que sean suministrados y/o cubiertos con arreglo o legislación estatal o federal, por los cuales el asegurado no esté legalmente obligado a pagar, tales como los servicios prestados de ACAA y el Fondo del Seguro del Estado.

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

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|---|
| • Acupuntura (a través de MCS Alivia) | • Cirugía bariátrica | • Cuidado rutinario de los ojos (adultos) |
| • Aparatos auditivos | • Cuidado quiropráctico | • Cuidado rutinario del pie |
| | | • Tratamiento de infertilidad |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico acceda a www.ocs.gobierno.pr o llame al 787.304.8686; para el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (CCIO, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU acceda a www.ccio.cms.gov o llame al 1.877.267.2323 x. 61565; para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o llame al 1.866.444.EBSA (3272). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: MCS Life Insurance Company ingresando al <http://www.mcs.com.pr> o llamando al número telefónico que aparece en la parte de atrás de su tarjeta, o llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182); para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, contacte a www.ocs.gobierno.pr o llame al 787.304.8686; o para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o llame al 1.866.444.EBSA (3272).

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$8
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$50
■ Otros [costo compartido]	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,890

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles \$0

Copagos \$240

Coaseguro \$210

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$100

El total que Peg pagaría es **\$550**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$10
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$50
■ Otros [costo compartido]	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo \$7,390

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles \$0

Copagos \$100

Coaseguro \$370

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$4,310

El total que Joe pagaría es **\$4,790**

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$10
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$0
■ Otros [costo compartido]	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,930

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles \$0

Copagos \$310

Coaseguro \$15

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones \$0

El total que Mia pagaría es **\$320**

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Glosario de términos médicos y de cobertura médica

- En este glosario se definen muchos términos de uso frecuente, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario pretenden ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones de su plan o póliza de seguro médico. Es posible que algunos de estos términos tampoco tengan exactamente el mismo significado cuando se utilicen en su póliza o plan y, en ese caso, debe guiarse por la póliza o el plan. (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo conseguir una copia de su póliza o documento del plan).
- El texto subrayado señala un término definido en este glosario.
- Lea la página 7 para ver un ejemplo de cómo funcionan juntos los deductibles, el coseguro y los límites de gastos de bolsillo en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Es el pago máximo que el plan hará por un servicio de atención médica cubierto. También puede llamarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada.”

Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguro médico o plan revise una decisión que rechaza un beneficio o un pago (ya sea en su totalidad o en parte).

Facturación de saldo

Cuando un proveedor le factura el saldo restante de la factura que su plan no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad facturada real y la cantidad permitida. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$200 y la cantidad permitida es de \$110, el proveedor puede facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando se consulta a un proveedor fuera de la red (proveedor no preferido). Un proveedor de la red (proveedor preferido) no puede enviarle una factura por el saldo de servicios cubiertos.

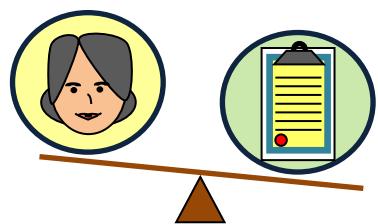
Reclamación

Una solicitud de un beneficio (incluyendo el reembolso de un gasto de atención médica) que le hace usted o su proveedor de atención médica a su compañía de seguro médico o plan por artículos o servicios que usted cree que están cubiertos.

Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la cantidad permitida para el servicio. Por lo general, usted paga el coseguro

más los deductibles que debe. (Por ejemplo, si la cantidad permitida por el seguro médico o el plan para una consulta es de \$100 y usted ha pagado su deductible, su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El seguro médico o el plan pagan el resto de la cantidad permitida).



Jane paga
20 %

Su plan paga
80 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Complicaciones del embarazo

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto que necesitan atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Por lo general, las náuseas matinales y las cesáreas que no son de emergencia no se consideran complicaciones del embarazo.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Costos compartidos

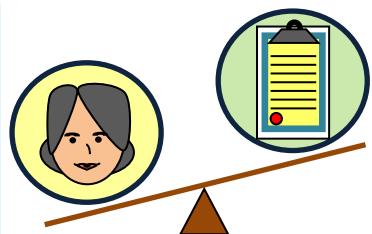
Su parte de los costos de los servicios que un [plan](#) cubre y que usted debe pagar de su propio bolsillo (a veces llamados "gastos de bolsillo"). Algunos ejemplos de costos compartidos son los [copagos](#), los [deductibles](#) y los [coseguros](#). El costo compartido familiar es la parte del costo de los [deductibles](#) y los gastos [de bolsillo](#) que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo las [primas](#), los recargos que puede tener que pagar o el costo de la atención que un [plan](#) no cubre, por lo general, no se consideran costos compartidos.

Reducciones de costo compartido

Descuentos que reducen la cantidad que paga por ciertos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que compra a través del [Mercado](#). Puede obtener un descuento si sus ingresos están por debajo de un determinado nivel y elige un plan médico Silver o si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, lo que incluye ser accionista de una corporación según la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act).

Deductible

Una cantidad que podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención médica cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. A todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos se les aplica un deducible general. Un [plan](#) con un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un [plan](#) también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).



Jane paga
100 % Su plan paga
0 %
(Vea un ejemplo más
detallado en la página 7.)

general. Un [plan](#) con un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un [plan](#) también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).

Pruebas de diagnóstico

Pruebas para determinar cuál es su problema médico. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba de diagnóstico para ver si tiene un hueso roto.

Equipo médico duradero (DME)

Equipo y suministros que solicita un [proveedor](#) de atención médica para uso diario o prolongado. Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) pueden incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas y muletas.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o condición lo suficientemente grave como para suponer un riesgo importante para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera atención médica de inmediato, podría esperar razonablemente: 1) que su salud corriera grave peligro, 2) tener problemas con sus funciones corporales o 3) sufrir graves daños en cualquier parte u órgano del cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una [condición médica de emergencia](#). Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o pague menos por ciertos tipos.

Atención en la sala de emergencias/servicios de emergencia

Servicios para comprobar si hay una [condición médica de emergencia](#) y tratarlo para evitar que esta empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que ofrezca atención para [condiciones médicas de emergencia](#).

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su [plan](#) no paga ni cubre.

Formulario

Una lista de los medicamentos que su [plan](#) cubre. Un formulario puede incluir cuánto le corresponde pagar por cada medicamento. Su [plan](#) puede tener medicamentos de diferentes niveles de [costo compartido](#). Por ejemplo, un formulario puede incluir niveles de medicamentos genéricos y de marca, y diferentes cantidades de [costo compartido](#) aplicadas a cada nivel.

Queja

Un reclamo que comunica a su compañía de seguro médico o [plan](#).

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar su funcionamiento y sus competencias para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que exige a una compañía de seguro médico que pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una [prima](#). Un contrato de seguro médico también se puede llamar “póliza” o “[plan](#).”

Atención médica domiciliaria

Los servicios y suministros de atención médica que recibe en su casa según las indicaciones su médico. Estos servicios los prestan enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) de atención médica autorizados. La atención médica domiciliaria no suele incluir ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Servicios en un centro de atención paliativa

Servicios que ofrecen comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización

Atención en un hospital que exige un ingreso como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere una estancia de una noche. Algunos [planes](#) pueden considerar la estancia de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención hospitalaria.

Atención ambulatoria en el hospital

Atención en un hospital que, por lo general, no exige una estancia de una noche.

Coseguro dentro de la red

Su parte (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

Copago dentro de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red suelen ser menores que los [copagos fuera de la red](#).

Mercado

Un mercado de [seguros médicos](#) en el que las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden informarse sobre sus opciones de [planes](#); comparar los planes en función de los costos, los beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las [primas](#) y los [costos compartidos](#) según sus ingresos; y elegir un [plan](#) e inscribirse en la cobertura. También se lo conoce como “Intercambio de seguros.” El Mercado se dirige a nivel estatal en algunos estados y, en otros, a nivel federal. En algunos estados, el Mercado también ayuda a las personas elegibles a inscribirse en otros programas, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP). Se puede acceder a él en línea, por teléfono y personalmente.

Límite máximo de gastos de bolsillo

La cantidad anual que el gobierno federal establece como el máximo de [costos compartidos](#) que se le puede exigir pagar a cada individuo o familia durante el año del [plan](#) para los servicios cubiertos en la red. Se aplica a la mayoría de los tipos de [planes](#) y seguros médicos. Esta cantidad puede ser superior a los [límites de gastos de bolsillo](#) establecidos para su [plan](#).

Médicamente necesario

Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas, incluyendo la habilitación, y que respeten los estándares médicos aceptados.

Cobertura esencial mínima

La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye [planes](#), [seguros médicos](#) que se pueden adquirir en el [Mercado](#), otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

Estándar de valor mínimo

Una norma básica para medir el porcentaje de los costos permitidos que el plan cubre. Si se le ofrece un plan de un empleador que paga por lo menos el 60 % del total de los costos permitidos de los beneficios, el plan ofrece un valor mínimo y es posible que no califique para los créditos fiscales para primas y las reducciones de costos compartidos para comprar un plan en el mercado.

Red

Los centros, proveedores y suministradores que su compañía de seguro médico o plan ha contratado para prestar servicios de atención médica.

Proveedor de la red (proveedor preferido)

Un proveedor que tiene un contrato con su compañía de seguro médico o plan y que ha aceptado prestar servicios a los miembros de un plan. Pagará menos si lo atiende un proveedor que esté incluido en la red. También se lo llama “proveedor preferido” o “proveedor participante.”

Órtesis y prótesis

Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales, y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente.

Coseguro fuera de la red

Su parte (por ejemplo, el 40 %) de la cantidad permitida para los servicios de atención médica cubiertos de proveedores que no tienen un contrato con su seguro médico o plan. El coseguro fuera de la red, por lo general, cuesta más que el coseguro dentro de la red.

Copago fuera de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de proveedores que no tienen un contrato con su seguro médico o plan. Los copagos fuera de la red suelen ser mayores que los copagos dentro de la red.

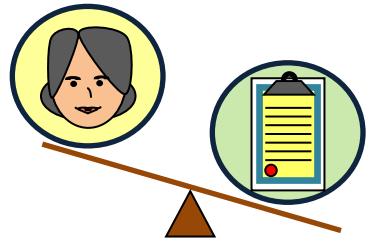
Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

Un proveedor que no tiene un contrato con su plan para prestar servicios. Si su plan cubre servicios fuera de la red, por lo general, usted pagará más por una consulta con un proveedor fuera de la red que con un proveedor preferido. En su póliza se le explicará cuáles pueden ser esos costos. Al “proveedor fuera de la red” también se lo llama proveedor “no preferido” o “no participante.”

Límite de gastos de bolsillo

Lo máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Una vez que alcance este límite, por lo general, el plan pagará el 100 % de la

cantidad permitida. Este límite lo ayuda a planificar los costos de la atención médica y nunca incluye la prima, los cargos de facturación de saldos ni la atención médica que su plan no cubre. Algunos planes no tienen en cuenta todos sus copagos, deductibles, pagos de coseguro, pagos fuera de la red ni otros gastos para este límite.



(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Servicios prestados por médicos

Los servicios de atención médica que presta o coordina un médico autorizado, incluyendo un licenciado en medicina (Medical Doctor, MD) o un licenciado en medicina osteopática (Doctor of Osteopathy, DO).

Plan

Cobertura médica emitida para usted directamente (plan individual) o mediante un empleador, sindicato u otro patrocinador de grupo (plan grupal del empleador) para ciertos costos de atención médica. También llamado “plan de seguro médico”, “póliza”, “póliza de seguro médico” o “seguro médico.”

Preautorización

La decisión de su compañía de seguro médico o plan de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero (DME) es médicamente necesario. A veces se denomina “autorización previa”, “aprobación previa” o “precertificación.” Su seguro médico o plan puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no garantiza que su seguro médico o plan cubrirá el costo.

Prima

La cantidad que se debe pagar por su seguro médico o plan. Por lo general, usted o su empleador la pagan de forma mensual, trimestral o anual.

Créditos fiscales para primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos para ayudarlos a usted y a su familia a pagar un [seguro médico](#) privado. Puede recibir esta ayuda si obtiene un [seguro médico](#) en el [Mercado](#) y sus ingresos están por debajo de un determinado nivel. Los pagos por adelantado del crédito fiscal se pueden utilizar inmediatamente para reducir los costos de las [primas](#) mensuales.

Cobertura de medicamentos con receta

Cobertura de un [plan](#) que ayuda a pagar los [medicamentos con receta](#). Si el [formulario](#) del plan tiene “niveles”, los medicamentos con receta se agrupan por tipo o costo. La cantidad que pagará de [costo compartido](#) será diferente para cada “nivel” de [medicamentos con receta](#) cubiertos.

Medicamentos con receta

Fármacos y medicamentos para los que se necesita, por ley, una receta médica.

Atención preventiva (servicios preventivos)

Atención médica de rutina, incluyendo [exámenes de detección](#), controles y consejería para pacientes, para prevenir o detectar enfermedades, dolencias u otros problemas médicos.

Médico de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, que presta o coordina diferentes tipos de servicios de atención médica para usted.

Proveedor de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, enfermero profesional, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por las leyes estatales y los términos del [plan](#), que presta, coordina o lo ayuda a acceder a diferentes tipos de servicios de atención médica.

Proveedor

Una persona o un centro que presta servicios de atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitalares, centros quirúrgicos, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. El [plan](#) puede exigir que el proveedor tenga licencia, certificación o acreditación de acuerdo con las leyes estatales.

Cirugía reconstructiva

La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo por defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o enfermedades.

Derivación

Una orden escrita por su [proveedor de atención primaria](#) para que vea a un [especialista](#) o reciba ciertos servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), es necesario obtener una derivación para poder recibir servicios de atención médica de cualquier persona, excepto de su [proveedor de atención primaria](#). Si no obtiene una derivación primero, es posible que el [plan](#) no pague por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria que ha perdido o que se han deteriorado por una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados/o ambulatorios.

Pruebas de detección

Un tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, por lo general, cuando no hay síntomas, signos o una historia médica predominantes de una enfermedad o condición.

Atención de enfermería especializada

Servicios que prestan o supervisan enfermeros especializados autorizados en la casa del paciente o en un asilo de ancianos. La atención de enfermería especializada *no* es lo mismo que los “servicios de atención especializada”, que son servicios que prestan terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros autorizados) en la casa del paciente o en un asilo de ancianos.

Especialista

Un [proveedor](#) que se centra en un área de la medicina o un grupo de pacientes específico para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Medicamentos de especialidad

Un tipo de [medicamento con receta](#) que, en general, necesita una manipulación especial o un control y una evaluación continuos de un profesional de atención médica, o que es relativamente difícil de dispensar. Por lo general, los medicamentos de especialidad son los más caros de un [formulario](#).

Usual, habitual y razonable (UCR)

La cantidad que se paga por un servicio médico en una zona geográfica en función de lo que los proveedores de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR) se suele utilizar para determinar la cantidad permitida.

Atención de urgencia

Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Ejemplo de cómo comparten los costos usted y su compañía de seguro médico

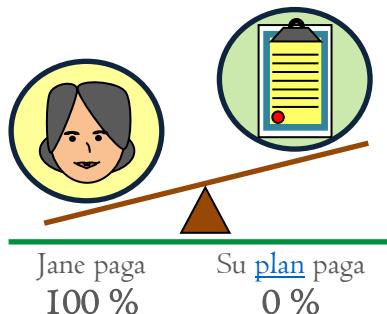
Deductible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20 %

Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1 de enero
Comienzo del período
de cobertura

31 de diciembre
Final del período de
cobertura



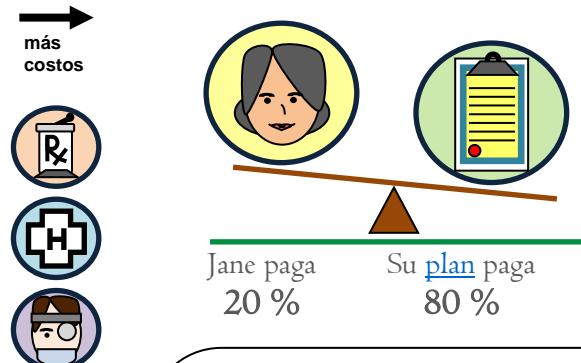
Jane no ha alcanzado su deductible de \$1,500 todavía

Su plan no paga ninguna parte del costo.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0



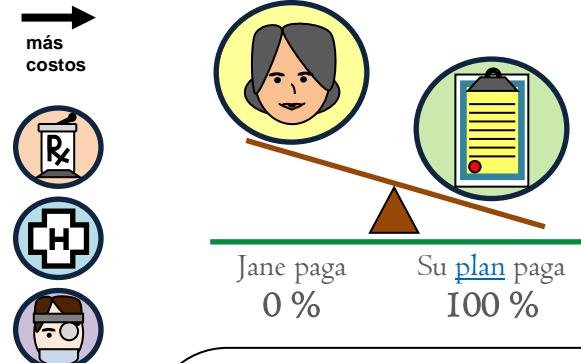
Jane alcanza su deductible de \$1,500, comienza su coseguro

Jane ha visitado al médico varias veces y pagó \$1,500 en total, lo que quiere decir que alcanzó su deductible. Por lo tanto, su plan pagará una parte del costo de su próxima consulta.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: el 20 % de \$125 = \$25

Su plan paga: el 80 % de \$125 = \$100



Jane alcanza su límite de gastos de bolsillo de \$5,000

Jane ha visitado al médico con frecuencia y pagó \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$125

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-II46**. Se calcula que completar la recopilación de información lleva un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.