



Este es solo un resumen. Si desea obtener más información acerca de su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos de la póliza o los documentos del plan en www.healthselectoftexas.com o llamando al (866) 336-9371 (TTY 711).

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red: \$0 individual/ \$0 familiar Fuera de la red: \$500 individual/ \$1,500 familiar	Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte su póliza o los documentos del plan para saber cuándo el deducible comienza nuevamente. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver cuánto paga por los servicios cubiertos luego de cumplir con el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$50 para gastos de medicamentos recetados por persona, \$5,000 para cirugía bariátrica para empleados activos y \$200 por servicio para ciertos servicios sin autorización previa.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del deducible específico antes que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay un límite de gastos de bolsillo ?	Sí. Dentro de la red: \$6,550 individual/ \$13,100 familiar. Fuera de la red: \$7,000 de coseguro máximo por persona.	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Contribuciones, cargos facturados a saldo, atención de la salud que este plan no cubre y beneficios de cirugía bariátrica.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabilizan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual total con respecto a lo que el plan paga?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener un listado de los proveedores dentro de la red, consulte www.healthselectoftexas.com o llame al (866) 336-9371.	Si utiliza un médico u otro proveedor de atención médica que pertenece a la red, este plan pagará parte o la totalidad de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital de la red utilice proveedores que no pertenecen a la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido o participante para proveedores dentro de su red. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver la forma en que este plan les paga a los distintos tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para ver a un especialista ?	Sí. Se requiere un referido válido por escrito de su médico de atención primaria para ver a un especialista.	El plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos prestados por un especialista , pero solamente si obtiene el permiso del plan antes de ver al especialista .
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 7. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .

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

- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio cubierto, que se calcula a manera de un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** del 20% sería de \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El monto que el plan paga por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por pasar la noche internado y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (Esto se conoce como **saldo de facturación**).
- Este plan puede animarlo a que use **proveedores dentro de la red** cobrándole **deducibles, copagos y coseguros** más bajos.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio de un proveedor de salud o una clínica	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una enfermedad o herida	\$25 de copago	40% de coseguro	-----Ninguna-----
	Consulta con un especialista	\$40 de copago	40% de coseguro	Se necesita un referido válido para visitar a un especialista dentro de la red y así acceder a los beneficios de la red; sin embargo, quedan excluidos los exámenes de obstetras y ginecólogos, quiroprácticos y exámenes oculares realizados por oftalmólogos y optometristas.
	Consulta con otro proveedor de la salud	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	40% de coseguro	-----Ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----
	Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	\$100 de copago más 20% de coseguro	\$100 de copago más 40% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

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

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

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos especializados	Si los adquiere en una farmacia, los medicamentos especializados tendrán cobertura como medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos según la lista anterior. De lo contrario, tendrán cobertura como un beneficio médico.	Si los adquiere en una farmacia, los medicamentos especializados tendrán cobertura como medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos según la lista anterior. De lo contrario, tendrán cobertura como un beneficio médico.	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si requiere una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	\$100 de copago más 20% de coseguro	\$100 de copago más 40% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----
Si requiere atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$150 de copago más 20% de coseguro	\$150 de copago más 20% de coseguro	En caso de admisión, el copago se aplica al copago por hospitalización para pacientes internados.
	Traslado médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro No se aplica el deducible fuera de la red	-----Ninguna-----
	Cuidado urgente	\$50 de copago más 20% de coseguro	\$50 de copago más 40% de coseguro	-----Ninguna-----
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del hospital (p. ej. habitación)	\$150 de copago por día por admisión más 20% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 40% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita atención de salud mental, de la conducta o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$25 de copago	40% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$150 de copago por día por admisión más 20% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 40% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias	\$25 de copago	40% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$150 de copago por día por admisión más 20% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 40% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y postparto	Sin cargo	40% de coseguro	No se aplican cargos a las visitas prenatales en el consultorio ni al parto con el obstetra dentro de la red.
	Parto y todos los servicios de internación	\$150 de copago por día por admisión más 20% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 40% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro Máximo de 100 consultas por año calendario por persona.	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor. La terapia de infusión a domicilio fuera de la red no está cubierta.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios de recuperación de las habilidades	20% de coseguro	40% de coseguro	-----Ninguna-----
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Límite de reemplazo de uno cada 3 años por persona, a menos que haya un cambio en la afección o el estado del paciente. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Cuidado de hospicio	20% de coseguro	40% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si su hijo necesita prestaciones dentales u oculares	Examen de la vista	\$40 de copago	40% de coseguro	Límite de un examen de rutina por año calendario por persona. No se necesita referido para los exámenes de la vista.
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----
	Chequeo dental	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Acupuntura
- Inseminación artificial
- Cirugía cosmética
- Consulta dental
- Servicios educativos, excluidos los programas de capacitación sobre autocontrol de la diabetes
- Anteojos
- Cuidado de largo plazo
- Terapia de infusión a domicilio fuera de la red
- Elementos de confort personal
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso

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

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicio de enfermería privado
- Exámenes de la vista de rutina
- Visitas virtuales

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden brindar protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Estos derechos pueden tener limitaciones de tiempo y requerirán que pague una **prima**¹ que puede ser sustancialmente más alta que la prima que paga durante la cobertura que le brinda el plan. Su derecho a continuar con la cobertura también puede estar sujeto a otras limitaciones.

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

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita ayuda, llame al (866) 336-9371 o visite www.healthselectoftexas.com.

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza sí ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud sí cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al (866) 336-9371 durante el horario de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. CST de lunes a viernes, y 7:00 a.m. a 3:00 p.m. CST sábado.

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

¹ En el plan HealthSelect, el pago que realiza para la cobertura del plan médico se denomina contribución en lugar de prima.

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:

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



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

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

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

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga \$6,060
- El paciente paga: \$1,480

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles (medicamentos recetados)	\$50
Copagos (3 días de hospitalización)	\$450
Coseguro	\$980
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$1,480

Nota: Estos números asumen que el paciente ha comunicado su embarazo al plan. Si está embarazada y no ha avisado, su costo puede ser mayor. Para obtener más información, llame al (866) 336-9371.

Cuidado de diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina para una enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$4,640
- El paciente paga: \$760

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles (medicamentos recetados)	\$50
Copagos (6 meses de insulina de marca preferida y 4 visitas al consultorio del especialista)	\$430
Coseguro	\$280
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$760

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos se basan en los promedios nacionales suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos para una zona geográfica o un plan de salud en particular.
- La afección del paciente no es una enfermedad excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos propios están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También lo ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo de cobertura mis propias necesidades?

- ✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta enfermedad tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo de cobertura predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su enfermedad. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted revise el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, verifique la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

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

- ✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos propios, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que lo ayudan con los gastos propios.

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