



**Éste es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com) o llamando al 1-800-240-3270.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <b>deducible</b> general?	Proveedores Participantes \$2,500 /persona, \$5,000/familia Proveedores no participantes \$5,000/persona, \$10,000/familia	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del <b>deducible</b> , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el <b>deducible</b> (por lo general, pero no siempre el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los <b>gastos de mi bolsillo</b> ?	Sí. Proveedores Participantes \$5,500/ persona, \$11,000/familia Proveedores no participantes \$15,000/persona,\$30,000/familia	El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios Cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las <b>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</b> ?	Primas, cargos por saldo de facturación, penalidades por no obtener pre-autorización y servicios de cuidado de salud que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo.
¿Hay un <b>límite anual</b> general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios específicos, como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores preferidos, consulte <a href="http://www.firstcare.com">www.firstcare.com</a> o llame al 1-800-240-3270	Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página2 para averiguar cómo le paga este plan

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.

		a sus distintos proveedores.
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No.	Usted puede consultar a cualquier <b>especialista</b> y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Si.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 4. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos, vea los documentos del plan o póliza.



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

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$30 de copago/visita.	40% de coseguro.	El deducible no se aplica si utiliza un proveedor participante.
	Consulta con un especialista	\$50 de copago/visita.	40% de coseguro.	El deducible no se aplica si utiliza un proveedor participante.
	Consulta con otro proveedor de la salud	No está cubierto	No está cubierto	-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No hay cargo.	40% de coseguro.	El deducible no se aplica si utiliza un proveedor participante.

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.

<b>Si tiene que hacerse un examen</b>	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No hay cargo para exámenes de rutina	40% de coseguro.	El deducible no se aplica si utiliza un proveedor participante.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	20% de coseguro	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
<b>Si necesita un medicamento</b>  Para más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos</u></b> visite <a href="http://www.firstcare.com">www.firstcare.com</a>	Medicamentos genéricos	\$10 de copago/ prescripción. (venta al por menor & orden por correo)	30% de coseguro.	Cubre hasta un suministro para 30 días (venta al por menor) ; suministro para 31-90días (orden por correo)
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago/ prescripción. (venta al por menor & orden por correo)	30% de coseguro.	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de copago/ prescripción. (venta al por menor & orden por correo)	30% de coseguro.	
	Medicamentos especiales	20% de coseguro.	30% de coseguro.	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (clínica)	20% de coseguro.	40% de coseguro.	-----
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro.	40% de coseguro.	-----
<b>Si necesita atención médica de emergencia</b>	Servicios de la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro.	Si los servicios se obtienen adentro del área de servicio por un proveedor no participante, o si el proveedor no es
	Traslado médico de emergencia	20% de coseguro	40% de coseguro.	

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.

	Cuidado urgente	\$50 de copago.	40% de coseguro.	parte de la red de fuera del área de Southwest Life and Health Insurance, el miembro podría ser responsable por el balance entre los cargos facturados y la cantidad aprobada para un proveedor no participante. El deducible no se aplica a servicios de Cuidado Urgente si utiliza un proveedor participante.
--	-----------------	-----------------	------------------	---

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre el plan y los precios

**Cobertura de:** Empleado Elegible | **Tipo de plan:** PPO

<b>Si lo admiten al hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	20% de coseguro	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$30 de copago por visita. 20% de coseguro por otros servicios ambulatorios	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro.	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en \$500.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$30 de copago por visita. 20% de coseguro por otros servicios ambulatorios	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% de coseguro	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en \$500.
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y post parto	\$30 de copago (Primera visita)	40% de coseguro.	El deducible no se aplica si utiliza un proveedor participante.
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos por \$500.

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.

<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro.	Limitado a <u>60 Visitas</u> por año. Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro.	40% de coseguro.	Limitado a <u>35 Visitas</u> por año. Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50% o en \$500.
	Servicios de recuperación de las habilidades	No está cubierto.	No está cubierto.	-----
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro.	40% de coseguro.	Limitado a <u>30 días</u> por año. Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro.	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
	Cuidado de hospicio	20% de coseguro.	40% de coseguro.	Si no obtiene pre autorización por estos servicios, los beneficios serán reducidos en un 50%.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista	No está cubierto.	No está cubierto.	-----
	Anteojos	No está cubierto.	No está cubierto.	-----
	Consulta dental	No está cubierto.	No está cubierto.	-----

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)**

- |                           |  |                                 |
|---------------------------|--|---------------------------------|
| • Acupuntura              | • Tratamiento de Infertilidad  | • Enfermería Privada            |
| • Cirugía Bariátrica      | • Atención a largo plazo   | • Cuidado rutinario de la vista |
| • Cirugía Cosmética       | • Atención que no sea de emergencia fuera de los Estados Unidos de Norteamérica. | • Cuidado rutinario de los pies |
| • Cuidado de Salud Dental |  | • Programa para perder peso.    |

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

- Servicios de quiropráctica (20 visitas por Año)

## Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde cobertura bajo el plan, dependiendo de las circunstancias, leyes federales y estatales de protección le pueden permitir mantener cobertura de salud. Tales derechos podrían ser de duración limitada y requieren del pago de una prima, que puede ser mayor que la prima que usted paga por este Plan. Otras limitaciones sobre su derecho a continuar su cobertura también se pueden aplicar.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, contacte al Plan al 1800-884-4901. También puede contactar al departamento de seguros de su estado, al Departamento de Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador de los Estados Unidos 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o al Departamento de Salud al 1-877-267-2323x61565 [www.cciio.cms.gov](http://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 sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con el Servicio al Cliente del Plan 1-800-240-3270. Usted también puede contactar al Departamento de Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador de los Estados Unidos 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa).

## ¿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 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 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

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

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.

## Sobre los ejemplos de cobertura:

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



### Ésta 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 a 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: \$4,020
- Usted paga: \$3,520

#### Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebe)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$2,520
Copagos	\$50
Coseguro	\$850
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$3,520</b>

### Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,240
- Usted paga: \$1,160

#### Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,080
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$1,160</b>

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.



## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición 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 del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra el ejemplo?

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

### ¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

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

### ¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

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

### ¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

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

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

**Preguntas:** Llame al 1-800-240-3270 o visite [www.firstcare.com](http://www.firstcare.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llame al 1-800-240-3270 y pida una copia.