



Esta información es solo un resumen. Si desea obtener más detalles sobre la cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o en la documentación del plan en www.ERSKelseyCare.com o llamando al **1-844-515-4877**.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$0 por persona/ /\$0 por familia.	Vea la tabla que empieza en la página 2 para conocer los costos de los servicios cubiertos por este plan.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, \$50 por persona para gastos de medicamentos con receta. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. \$6,550 por persona / \$13,100 por familia.	El límite de gastos que paga de su bolsillo es lo máximo que podría pagar durante el período de cobertura (por lo general, un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica. Los cargos por saldo de facturación no cuentan para el límite de gastos que paga de su bolsillo.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Primas y cuidado de la salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el límite de gastos que paga de su bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites respecto de lo que el plan pagará para servicios cubiertos <i>específicos</i> , como consultas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para una lista de proveedores preferidos, consulte www.ERSKelseyCare.com o llame al 844-515-4877 .	Si usted utiliza un médico dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para los proveedores en su red. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan les paga a los diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito una derivación para ver a un especialista ?	No. No necesita una derivación para ver a un especialista.	Puede ver a un especialista participante que elija sin la autorización de este plan.

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que no cubre el plan se detallan en la p. 7. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .
--	-----	--



- **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, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede alentar el uso de **proveedores dentro de la red** cobrándole **deducibles, copagos o coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	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	\$15 copago/visita	No cubierto	-----Ninguno-----
	Consulta con un especialista	\$25 copago/visita	No cubierto	-----Ninguno-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No cubierto	-----Ninguno-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Consultorio del médico únicamente. Para exámenes de diagnóstico realizados en un hospital, por favor consulte “Si lo admiten al hospital.”

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$150 copago por tipo de scan por día	No cubierto	Consultorio del médico únicamente. Para imágenes tomadas en un hospital, por favor consulte “Si lo admiten al hospital.” Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición</p> <p>Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> disponible en www.ERSKelseyCare.com.</p>	Medicamentos genéricos	\$10 copago (no de mantenimiento), \$10 copago (mantenimiento); \$30 copago (pedido por correo o suministro de día extendido)	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 copago (no de mantenimiento), \$45 copago (mantenimiento); \$105 copago (pedido por correo o suministro de día extendido)	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste. Nota: Si existe un medicamento genérico y decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 copago (no de mantenimiento); \$75 copago (mantenimiento); \$180 copago (pedido por correo o suministro de día extendido)	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste. Nota: Si existe un medicamento genérico y decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagara el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico.

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos especiales	Si se compran a través de una farmacia de servicio por correo, son cubiertos como medicamentos de marca preferidos o no preferidos según se detalla arriba. De lo contrario, se cubren como un beneficio médico.	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p.ej. centro quirúrgico ambulatorio)	\$150 copago	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	-----Ninguno-----
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$150 copago más 20% coseguro	\$150 copago más 20% coseguro	Si internado, el copago se aplica al copago del hospital para pacientes internados.
	Traslado médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	-----Ninguno-----
	Cuidado urgente	\$50 copago más 20% coseguro	No cubierto	-----Ninguno-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (p.ej. habitación)	\$150/día copago por admisión más 20% coseguro	No cubierto	\$750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	-----Ninguno-----

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$25 copago	No cubierto	-----Ninguno-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$150/día copago por admisión más 20% coseguro	No cubierto	\$750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos	\$25 copago	No cubierto	-----Ninguno-----
	Servicios de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados	\$150/día copago por admisión más 20% coseguro	No cubierto	\$750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y postparto	Sin cargo	No cubierto	Sin cargo para visitas al consultorio prenatal o parto por obstetra dentro de la red para servicios médicos únicamente. Para información sobre cargos por cuidados prenatales y de postparto y parto por obstetra (p.ej. cesárea), consulte “Parto y todos los servicios de internación”.
	Parto y todos los servicios de internación	\$150/día copago por admisión mas 20% coseguro	No cubierto	750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% coseguro	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Servicios de rehabilitación	\$25 copago/visita	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$25 copago/visita	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Cuidado de enfermería especializado	20% coseguro	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Equipamiento médico duradero	20% coseguro	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
	Cuidado de hospicio	20% coseguro	No cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su coste.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	\$25 copago/visita	No cubierto	Limite de un examen de rutina por año del plan por persona.
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte la política o los documentos del plan para otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Inseminación artificial
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Control odontológico
- Anteojos
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Artículos para la comodidad personal
- Atención de rutina de los pies
- Programas para la pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Servicio de enfermería privada
- Exámenes de la vista de rutina

Su derecho a continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el plan, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que permiten mantener la cobertura de salud. Los citados derechos pueden ser limitados en su duración y requerirán pagar una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones sobre sus derechos a continuar con la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan 1-844-515-4877. También puede comunicarse con el departamento de seguros del Estado, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con una negación de cobertura de su plan, puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos o sobre este aviso o si necesita ayuda, puede comunicarse con el 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com.

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre compañías, cobertura, derechos o quejas al 1-800-252-3439

Puede escribir al Departamento de Seguros de Texas
P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Fax (512) 475-1771
Sitio web: <http://www.tdi.texas.gov/>
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*) 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 (*Affordable Care Act*) 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.**

Servicios de acceso en otros idiomas:

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-515-4877.

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

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 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 en 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:** \$6,060
- **Usted 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	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas, otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles (receta)	\$50
Copagos (3 días de internación en hospital)	\$450
Coseguro	\$980
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$1,480

Control de la diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina para una enfermedad bien controlada)

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga:** \$4,720
- **Usted paga:** \$680

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipamiento médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles (receta)	\$50
Copagos (6 meses de insulina marca preferida y 4 visitas a consultorio de especialista)	\$370
Coseguro	\$260
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$680

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 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 el servicio o tratamiento no está cubierto 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, lo que dependerá del 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**. Si 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 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 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), los Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: Llame a Servicio al Cliente al 1-844-515-4877 o visite www.ERSKelseyCare.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-844-515-4877 y pida una copia.