

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Período de cobertura:** del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018

KelseyCare, basado en Community Health Choice: Employees Retirement System of Texas

Beneficiarios de la cobertura: Todas las personas cubiertas | **Tipo de plan:** Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)



El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominada [prima](#)) se le brindará por separado. Este documento es solamente un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, visítenos en www.ERSKelseyCare.com o llame al 1 844 515 4877. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede acceder al Glosario desde <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1 844 515 4877 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante saberlo:
¿Cuál es el deducible total?	\$0 por persona/\$0 por grupo familiar	Consulte a continuación el cuadro Eventos médicos frecuentes para conocer los costos que le corresponden a usted por los servicios cubiertos por este plan .
¿Los servicios están cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	No.	Es necesario que usted alcance el deducible para que el plan pague por cualquier servicio.
¿Existe algún otro deducible para servicios específicos?	Sí. Hay un deducible de \$50 para la cobertura de medicamentos recetados . No hay ningún otro deducible específico.	Usted debe pagar la totalidad de los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico para que este plan comience a pagar por los servicios en cuestión.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ?	\$6,550 por persona/\$13,100 por grupo familiar	El límite de desembolso es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares suscritos a este plan , es necesario alcanzar el límite de desembolso por grupo familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que no está cubierta por este plan .	Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el límite de desembolso .
¿Pagará menos si usa un proveedor perteneciente a la red ?	Sí. Visite http://www.ERSKelseyCare.com o llame al 1 844 515 4877 para ver una lista de los proveedores pertenecientes a la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan . Usted pagará más si usa un proveedor no perteneciente a la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el monto cobrado por el proveedor y el monto que paga su plan (facturación de saldo). Tenga presente que es posible que el proveedor perteneciente a la red que elija use un proveedor no perteneciente a la red para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que usted elija sin necesidad de una derivación .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor perteneciente a la red (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (usted paga el máximo posible)	
Si visita el consultorio o la clínica del proveedor	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Copago de \$15 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un especialista	Copago de \$25 por visita	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/chequeo/ vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, controle el monto que pagará el plan .
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Únicamente en el consultorio del médico. Para obtener información sobre pruebas de diagnóstico realizadas en un hospital, consulte la sección “Si debe permanecer internado”.
	Pruebas de diagnóstico por imágenes (tomografías computadas [computed tomography, CT]/tomografías por emisión de positrones [positron emission tomography, PET], resonancias magnéticas [magnetic resonance imaging, MRI])	Copago de \$150 por tipo de prueba por día	Sin cobertura	Únicamente en el consultorio del médico. Para obtener información sobre pruebas de diagnóstico por imágenes realizadas en un hospital, consulte la sección “Si debe permanecer internado”. Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor perteneciente a la red (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (usted paga el máximo posible)	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Para obtener más información sobre cobertura de medicamentos recetados , visite www.ERSKelseycare.com	Medicamentos genéricos	Copago de \$10 (no de mantenimiento), Copago de \$10 (de mantenimiento); Copago de \$30 (pedido por correo o suministro extendido)	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$35 (no de mantenimiento); Copago de \$45 (de mantenimiento); Copago de \$105 (pedido por correo o suministro extendido)	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que los costos sean mayores. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible, pero usted elige comprar el medicamento de marca preferido, usted pagará el copago correspondiente al medicamento genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferido y el medicamento genérico.
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$60 (no de mantenimiento); Copago de \$75 (de mantenimiento); Copago de \$180 (pedido por correo o suministro extendido)	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que los costos sean mayores. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible, pero usted elige comprar el medicamento de marca preferido, usted pagará el copago correspondiente al medicamento genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferido y el medicamento genérico.
	Medicamentos especializados	Si se compran a través de la farmacia de medicamentos especializados con pedido por correo, los medicamentos especializados están cubiertos como	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor perteneciente a la red (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (usted paga el máximo posible)	
		medicamentos de marca preferidos o como medicamentos de marca no preferidos, según se indica más arriba. De lo contrario, están cubiertos como beneficio médico.		
Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$150	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Copago de \$150 más coseguro del 20 %	Copago de \$150 más coseguro del 20 %	Si debe permanecer internado, el copago se aplica al copago por internación hospitalaria.
	Traslado médico con carácter de emergencia	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Ninguna
	Atención de urgencia	Copago de \$50 más coseguro del 20 %		Ninguna
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Copago de \$150 por día por internación más coseguro del 20 %	Sin cobertura	Copago máx. de \$750 por internación. Copago máx. de \$2,250 por año del plan por persona. Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor perteneciente a la red (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (usted paga el máximo posible)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento contra la drogadicción	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$25	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	Copago de \$150 por día por internación más coseguro del 20 %	Sin cobertura	Copago máx. de \$750 por internación. Copago máx. de \$2,250 por año del plan por persona. Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Los costos compartidos no se aplican a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que deba pagar un coseguro . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías).
	Servicios del profesional durante la atención del parto	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios del establecimiento durante la atención del parto	Copago de \$150 por día por internación más coseguro del 20 %	Sin cobertura	Copago máx. de \$750 por internación. Copago máx. de \$2,250 por año del plan por persona. Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 20 %	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$25 por visita	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Servicios de habilitación	Copago de \$25 por visita	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor perteneciente a la red (usted paga el mínimo posible)	Proveedor no perteneciente a la red (usted paga el máximo posible)	
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Servicios de cuidados paliativos	Coseguro del 20 %	Sin cobertura	Es posible que se requiera una autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	Copago de \$25 por visita	Sin cobertura	Límite de un único examen de rutina por año del plan por persona.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para obtener más información y una lista de los [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Inseminación artificial • Cirugía bariátrica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Chequeo odontológico • Anteojos • Tratamiento de la infertilidad • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos • Artículos de cuidado personal • Cuidado de rutina de los pies • Programas para bajar de peso |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de enfermería particular | <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes oftalmológicos de rutina |
|---|---|---|

Sus derechos en relación con la extensión de su cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación se incluye la información de contacto de estos organismos: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1 866 444 EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de

una cobertura de seguro individual a través del Health Insurance [Marketplace](#). Para obtener más información sobre el [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1 800 318 2596.

Sus derechos en relación con la presentación de quejas y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar una reclamación contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estas reclamaciones se denominan [quejas](#) o [apelaciones](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá en relación con la [reclamación](#) médica en cuestión. En los documentos de su [plan](#) también encontrará información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) ante su [plan](#) por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1 866 444 EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan le brinda Cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene [Cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá realizar un pago al presentar su declaración de ingresos, salvo que reúna los requisitos para recibir una exención del requisito de tener cobertura de salud para el mes en cuestión.

¿Este plan cumple con las Normas de valores mínimos? Sí

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de valores mínimos](#), es posible que pueda acceder a un [crédito tributario de prima de seguro médico](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

Servicios de accesibilidad lingüística:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-515-4877.

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-515-4877.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-844-515-4877.

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-515-4877.

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

Información sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden a una cobertura de una sola persona (el titular exclusivamente).

Patricia pagaría un total de \$2,400

Patricia está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

- El [deducible](#) total [del plan](#) \$0
- [Copago por especialista](#) \$25
- [Coseguro](#) por hospital (establecimiento) 20 %
- Otro [copago](#) \$150

Este EJEMPLO de evento médico incluye servicios como los siguientes:

- Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)
- Servicios del profesional durante la atención del parto
- Servicios del establecimiento durante la atención del parto
- [Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
- Visita de especialista (*anestesia*)

Costo total para el ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Patricia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles (medicamentos recetados)	\$50
Copagos	\$500
Coseguro	\$1,800
<i>Lo que no está cubierto</i>	

Juan recibe atención para controlar la diabetes de tipo 2

(un año de atención de rutina dentro la red)

- El [deducible](#) total [del plan](#) \$0
- [Copago por especialista](#) \$25
- [Coseguro](#) por hospital (establecimiento) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Este EJEMPLO de evento médico incluye servicios como los siguientes:

- Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
- [Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
- [Medicamentos recetados](#)
- [Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total para el ejemplo \$7,400

En este ejemplo, Juan pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles (medicamentos recetados)	\$50
Copagos	\$900
Coseguro	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60

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

María sufrió una fractura simple

(visita a una sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ El <u>deducible</u> total <u>del plan</u>	\$0
■ <u>Copago por especialista</u>	\$25
■ <u>Coseguro</u> por hospital (establecimiento)	20 %
■ Otro <u>copago</u>	\$150

Este EJEMPLO de evento médico incluye servicios como los siguientes:

Atención en sala de emergencias (incluidos los insumos médicos)

Prueba de diagnóstico (radiografía)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total para el ejemplo	\$1,900
------------------------------------	----------------

En este ejemplo, María pagaría:

Costos compartidos

<u>Deducibles</u> (medicamentos recetados)	\$50
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
María pagaría un total de	\$850

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos DE ESTE EJEMPLO.