



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los términos completos de la póliza o los documentos del plan en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1-877-988-1918.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | Proveedor participante: \$6,550 Individual/ \$13,100 Familiar. No se aplica a las multas o a cuidados preventivos Proveedor no participante: ninguno | Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes que este plan de seguro de salud comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Verifique su póliza o documento del plan para ver cuándo el deducible comienza nuevamente (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver cuánto paga por los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | No necesita cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero observe el cuadro que comienza en la página 2 para los otros costos por servicios que cubre este plan. |
| ¿Hay un límite para los gastos propios ? | Sí. Proveedor participante: \$6,550 Individual/ \$13,100 Familiar. Proveedor no participante: ninguno | El límite de gastos propios es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite ayuda a planificar sus gastos de atención médica. |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos propios ? | Primas, cargos facturados a saldo, multas por revisión de utilización y atenciones de salud que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gastos propios . |
| ¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan? | No. | El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de lo que pagará el plan por los servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas al consultorio. |
| ¿Tiene este plan una red de proveedores ? | Sí. Consulte http://healthplan.memorialhermann.org/brokers/resource-center/ o llame al 1-877-988-1918 para obtener un listado de los proveedores participantes. | 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 que forma parte de la red utilice proveedores que no forman parte de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido o participante para proveedores 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 ? | No. No necesita un referido para ver a un especialista. | Puede ver al especialista que elija sin pedir permiso al plan. |
| ¿Hay algún servicio que el plan no cubra? | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 6. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos . |

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario

en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1- 877-988-1918 y pida una copia.

Memorial Hermann Health Plan, Inc.: Select Bronze 6550 HSA Período de cobertura: 1/1/2017–12/31/2017

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Individual, Familiar | **Tipo de plan:** HMO



- **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 cobra más que la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no forma parte de la red le cobran \$1,500 por pasar la noche internado y 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 al cobrarle **deducibles, copagos y coseguro** más bajos.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Su costo si usa un proveedor participante | Su costo si usa un proveedor no participante | Limitaciones y excepciones |
|--|--|---|--|--|
| Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica | Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o herida | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | ninguna |
| | Consulta con un especialista | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | ninguna |
| | Consulta con otro proveedor de la salud | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | La terapia física/ocupacional y quiropráctica está limitada a 35 visitas combinadas por año. 1 visita por día. |
| | Atención médica preventiva/evaluaciones/vacunas | Sin cargo | No cubierto | Exención de deducible de un proveedor participante |
| Si tiene que hacerse una prueba | Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Laboratorio: sin cargo, después del deducible Radiografías: sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere de una autorización previa para las pruebas genéticas. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas) | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1- 877-988-1918 y pida una copia.

Memorial Hermann Health Plan, Inc.: Select Bronze 6550 HSA Período de cobertura: 1/1/2017–12/31/2017

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individual, Familiar | **Tipo de plan:** HMO

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Su costo si usa un proveedor participante | Su costo si usa un proveedor no participante | Limitaciones y excepciones |
|--|--|---|--|---|
| Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> está disponible en https://ctr.benefits.com/atamaranrx.com/rxp/ublic/portal/membreMain?customer=CTRHX O 1-877-633-4461 | Medicamentos genéricos | Sin cargo, después del deducible por medicamento recetado (30 días farmacias). Sin cargo, después del deducible por medicamento recetado (90 días envío por correo). | No cubierto | El deducible anual del proveedor participante se aplica a los medicamentos recetados genéricos, de marca preferidos y de marca no preferidos. El copago/coseguro del medicamento con receta de un proveedor participante se aplica al monto máximo anual de gastos propios del proveedor participante. Algunos medicamentos requieren autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo, después del deducible por medicamento recetado (30 días farmacias). Sin cargo, después del deducible por medicamento recetado (90 días envío por correo). | No cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cargo, después del deducible por medicamento recetado (30 días farmacias). Sin cargo, después del deducible por medicamento recetado (90 días envío por correo). | No cubierto | |
| | Medicamentos especializados* | Sin cargo, después del deducible por medicamento recetado (30 días farmacias)* 90 días envío por correo: no cubierto | No cubierto | |
| Si requiere una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria) | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | ————ninguna———— |
| Si requiere atención médica inmediata | Servicios de la sala de emergencias | Sin cargo, después del deducible por visita | Sin cargo, después del deducible por visita | ————ninguna———— |
| | Servicio de transporte médico para casos de emergencia | Sin cargo, después del deducible por viaje | Sin cargo, después del deducible por viaje | ————ninguna———— |
| | Atención médica urgente | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | ————ninguna———— |

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1- 877-988-1918 y pida una copia.

Memorial Hermann Health Plan, Inc.: Select Bronze 6550 HSA Período de cobertura: 1/1/2017–12/31/2017

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Individual, Familiar | **Tipo de plan:** HMO

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Su costo si usa un proveedor participante | Su costo si usa un proveedor no participante | Limitaciones y excepciones |
|---|--|--|--|--|
| Si pasa la noche en un hospital | Arancel del hospital (p. ej. habitación) | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | ninguna |
| Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias | Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes ambulatorios | Sin cargo, después del deducible: visita al consultorio de un profesional Sin cargo, después del deducible: servicios para pacientes ambulatorios | No cubierto | Se requiere autorización previa para los servicios de pacientes ambulatorios. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes internados | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Servicios para pacientes ambulatorios para tratamiento por abuso de sustancias | Sin cargo, después del deducible: visita al consultorio de un profesional Sin cargo, después del deducible: servicios para pacientes ambulatorios | No cubierto | Se requiere autorización previa para los servicios de pacientes ambulatorios. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Servicios para pacientes internados para tratamiento por abuso de sustancias | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| Si está embarazada | Cuidados prenatales y posparto | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Parto y todos los servicios para pacientes internados | Sin cargo, después del deducible para los servicios de envío del médico y sin cargo, después del deducible para los servicios de un centro para pacientes internados | No cubierto | Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario

en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1- 877-988-1918 y pida una copia.

Memorial Hermann Health Plan, Inc.: Select Bronze 6550 HSA Período de cobertura: 1/1/2017–12/31/2017

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Individual, Familiar | **Tipo de plan:** HMO

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Su costo si usa un proveedor participante | Su costo si usa un proveedor no participante | Limitaciones y excepciones |
|---|--|---|--|---|
| Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas | Atención médica en el hogar | Sin cargo, después del deducible por visita | No cubierto | Limitado a 60 visitas por año. Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa para los pacientes internados y terapia cognitiva ABA. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa para los pacientes internados y terapia cognitiva ABA. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Cuidado de enfermería especializada | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Limitado a 100 visitas por año. Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Limitado a los requisitos del plan. Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| | Atención médica para pacientes terminales | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. |
| Si su hijo necesita servicios dentales u oculares | Examen de la vista | Sin cargo, después del deducible: médico de atención primaria Sin cargo, después del deducible: especialista | No cubierto | 1 examen por año para todas las edades |
| | Anteojos | Sin cargo, después del deducible | No cubierto | 1 par de anteojos o lentes de contacto por año hasta los 19 años de edad. Sujeto a las restricciones del plan. |
| | Consulta dental | \$7 por visita, después del deducible | No cubierto | Se requiere autorización previa para los beneficios distintos a los servicios de prevención o de diagnóstico, hasta los 19 años de edad. El incumplimiento puede tener como consecuencia que no se cubra un servicio. Sujeto a las exclusiones del plan |

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario

en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1- 877-988-1918 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Acupuntura
- Atención dental (adultos)
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privado
- Tratamiento de infertilidad

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

- Atención quiropráctica (35 visitas al año combinada con terapia física/terapia ocupacional)
- Audífonos (1 par cada 36 meses)
- Cirugía cosmética (cirugía reconstructiva para defectos de nacimiento, lesiones, tumores o infección)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos) (1 examen por año)
- Cuidado de rutina de los pies (para una enfermedad como la diabetes o un trastorno circulatorio de las extremidades inferiores)

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1- 877-988-1918 y pida una copia.

Su derecho para continuar con la cobertura: Las leyes federales y estatales pueden ofrecer una protección que le permita mantener su cobertura del seguro médico, mientras pague su **prima**. Sin embargo, existen excepciones, como en caso de que:

- Cometa fraude.
- La aseguradora no ofrezca más servicios en el estado.
- Usted se desplace fuera de la zona de cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, llame a la aseguradora al 1-877-988-1918. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado al 1-800-252-3439.

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 asistencia, puede comunicarse con: Servicio al Cliente de Memorial Hermann Health Plan al 1-877-988-1918.

Departamento de Seguros de Texas

PO Box 149104

Austin, TX 78714-9104

Número gratuito: 1-800-252-3439

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

Sitio web: <http://www.tdi.texas.gov>

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tenga 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 del 60 % (valor actuarial). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-988-1918

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

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1- 877-988-1918 y pida una copia.

Sobre estos 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.



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:** \$40
- **El paciente paga:** \$7,500

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 | \$7,300 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Límites o exclusiones | \$200 |
| Total | \$7,500 |

Nota: Estos números asumen que el paciente ha comunicado su embarazo al plan. Si está embarazada y no ha avisado de su embarazo, sus costos pueden ser mayores. Para mayor información, comuníquese al: 1-888-252-7680.

Controlar la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una enfermedad bien controlada)

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga:** \$100
- **El paciente paga:** \$5,300

Ejemplos de los costos:

| | |
|---|----------------|
| Medicamentos recetados | \$2,900 |
| Equipo médico y suministros | \$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 | \$5,200 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Límites o exclusiones | \$100 |
| Total | \$5,300 |

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1-877-988-1918 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿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 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?

En cada ejemplo, usted verá cómo suman los deducibles, copagos y coseguro. 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 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 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 médico.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando usted analice el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Al comparar 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 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 lo ayudan con los gastos propios.

Preguntas: Llame al 1-877-988-1918 o visite www.healthplan.memorialhermann.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthplan.memorialhermann.org o llame al 1-877-988-1918 y pida una copia.