



Esto es solamente un resumen. Si desea más detalles acerca de su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o la documentación del plan en lacare.org/members/member-materials/la-care-covered o llamando al 1-855-270-2327.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$650 por miembro/ \$1,300 por familia. Las visitas al consultorio del médico y del especialista, la atención médica preventiva y otros servicios no están sujetos al deducible. | Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte su póliza o la documentación del plan para ver cuándo comienza a contar el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1.º de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga usted por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible . |
| ¿Existen otros deducibles por servicios específicos? | Sí. \$50 por miembro/ \$100 por familia. Hay un deducible de farmacia por año calendario por persona. No hay otros deducibles específicos. | Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que el plan comience a pagar por ellos. |
| ¿Existe algún límite de gastos de bolsillo ? | Sí. Para los proveedores participantes: \$2,450 por persona/ \$4,900 por familia. | El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted 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 los gastos de atención médica. |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de gastos de bolsillo ? | Las primas y la atención médica que este plan no cubra. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Existe algún límite anual general en lo que el plan paga? | No. | La tabla que comienza en la página 2 describe los límites respecto de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio. |
| ¿Este plan usa una red de proveedores ? | Sí. Para obtener una lista de los proveedores contratados, consulte lacare.org o llame al 1-855-270-2327. | Si usa un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. En algunos casos, un proveedor no perteneciente al plan podrá proporcionar los servicios cubiertos en un establecimiento dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica. Usted no deberá pagar ninguna cantidad que supere su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en establecimientos del plan o en establecimientos dentro de la red donde le hayamos autorizado a recibir atención médica. Los planes usan los términos dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores pertenecientes a su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo les paga este plan a los diferentes tipos de proveedores . |

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en cciiio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

| | | |
|--|--|---|
| ¿Necesito una referencia para ver a un especialista? | Sí. Su médico de atención primaria (<i>primary care physician</i> , PCP) tiene que referirle. | Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para consultar a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con el permiso del plan antes de realizar dicha consulta. |
| ¿Existen servicios que este plan no cubra? | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 7. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos . |



- Los **copagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es la parte que *usted* paga de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje de la **cantidad permitida** del servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan para una estadía en un hospital por una noche es de \$1,000, su **coseguro** del 20% sería de \$200. Esto puede cambiar si usted no alcanzó su **deducible**.
- La cantidad que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por la estadía por una noche y la **cantidad permitida** es de \$1,000, quizás deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se lo denomina **facturación del saldo**). En algunos casos, un proveedor no perteneciente al plan podrá proporcionar los servicios cubiertos en un establecimiento dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica. Usted no deberá pagar ninguna cantidad que supere su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en establecimientos del plan o en establecimientos dentro de la red donde le hayamos autorizado a recibir atención médica.
- Es posible que este plan le incentive a usar **proveedores** de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos.

| Evento médico común | Servicios que puede 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 o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$10 | Sin cobertura | |
| | Visita al consultorio de otro profesional | \$10 | Sin cobertura | |
| | Visita a un especialista | \$25 | Sin cobertura | |
| | Atención médica preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones | Sin cargo | Sin cobertura | |

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en cciiio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

| Evento médico común | Servicios que puede 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 se realiza una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | \$15 por análisis de laboratorio. \$25 por radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes. | Sin cobertura | |
| | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI) | \$100 | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en lacare.org . | Nivel 1 (la mayoría de los genéricos) | Farmacia minorista: \$5 Pedidos por correo: \$10 | Sin cobertura | Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. |
| | Nivel 2 (de marca preferidos) | Farmacia minorista: \$20 Pedidos por correo: \$40 | Sin cobertura | Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Con sujeción al deducible de farmacia. |
| | Nivel 3 (de marca no preferidos) | Farmacia minorista: \$35 Pedidos por correo: \$70 | Sin cobertura | Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible de farmacia. |
| | Nivel 4 (medicamentos de especialidad) | El 15%, hasta \$150 por receta | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible de farmacia. No disponible a través de pedido por correo. |
| Si se realiza una cirugía como | Tarifa de instalaciones de cirugía (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | 15% | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. |

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en cciiio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|--|--|---|--|---|
| paciente en consulta externa | Tarifas del médico/cirujano | 15% | Sin cobertura | |
| | Visita en consulta externa | 15% | Sin cobertura | |
| Si necesita atención médica inmediata | Tarifa de las instalaciones de la sala de emergencias | \$100 | \$100 | El copago no se aplica si es admitido. |
| | Tarifa del médico de la sala de emergencias | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Transporte médico de emergencia | \$75 | \$75 | Con sujeción al deducible. |
| | Atención médica de urgencia | \$10 | \$10 | |
| Si necesita una estadía en el hospital | Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital) | 15% | Sin cobertura | Con sujeción al deducible. Se necesita autorización previa. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 15% | Sin cobertura | Con sujeción al deducible. |

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visítenos en **lacare.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **cciiio.cms.gov**, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

| Evento médico común | Servicios que puede 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 servicios de salud mental, para los trastornos de la conducta o para abuso de sustancias | Visitas al consultorio para tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental y trastornos de la conducta | \$10 | Sin cobertura | Se necesita autorización previa para las pruebas psicológicas. |
| | Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental y trastornos de la conducta | 15% | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. Los servicios incluyen terapia electroconvulsiva, programas de tratamiento intensivo en consulta externa, observación psiquiátrica, hospitalización parcial en consulta externa y estimulación magnética transcraneal. |
| | Tarifa de instalaciones de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital) | 15% | Sin cobertura | Con sujeción al deducible. Se necesita autorización previa. |
| | Tarifa del médico de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes hospitalizados | 15% | Sin cobertura | Con sujeción al deducible. Se necesita autorización previa. |
| | Visitas al consultorio para tratamiento en consulta externa del abuso de sustancias | \$10 | Sin cobertura | Se necesita autorización previa para el tratamiento médico de la abstinencia en casos de abuso de sustancias. |
| | Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa del abuso de sustancias | \$15 | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. Los servicios incluyen programas de tratamiento intensivo en consulta externa, hospitalización parcial en consulta externa y tratamiento diurno de abuso de sustancias. |
| | Tarifa de instalaciones para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital) | 15% | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible. |

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visítenos en **lacare.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **cciiio.cms.gov**, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|---|--|---|--|--|
| | Tarifa del médico de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados | 15% | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible. |
| Si está embarazada | Atención prenatal y visitas para prepararse para la concepción | Sin cargo | Sin cobertura | |
| | Parto y todos los servicios como paciente internada | El 15% de los cargos del hospital El 15% de los cargos del profesional | Sin cobertura | Con sujeción al deducible. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Servicios de salud en el hogar | \$15 | Sin cobertura | Máximo de 100 visitas por año calendario por miembro a cargo de proveedores de una agencia de servicios de salud en el hogar. Se necesita autorización previa. |
| | Servicios de rehabilitación ambulatoria | \$10 | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. |
| | Servicios de habilitación ambulatoria | \$10 | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. |
| | Atención de enfermería especializada | 15% | Sin cobertura | Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Con sujeción al deducible. Se necesita autorización previa. |
| | Equipo médico duradero | 15% | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. |
| | Servicio de cuidados paliativos | Sin cargo | Sin cobertura | Se necesita autorización previa. |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista | Sin cargo | Sin cobertura | El deducible no se aplica. |
| | Anteojos | Sin cargo | Sin cobertura | 1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos). |

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visítenos en **lacare.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **cciiio.cms.gov**, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|---------------------|---|---|--|----------------------------|
| | Chequeo dental: servicios preventivos y diagnósticos (incluye examen bucal, limpiezas y radiografías preventivas, selladores por pieza dental, aplicación tópica de flúor y conservadores de espacio fijos) | Sin cargo | Sin cobertura | |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Audífonos
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermera privada
- Programas para bajar de peso
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- La mayor parte de la cobertura brindada fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica

Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

- Acupuntura
- Servicios relacionados con un aborto
- Cirugía bariátrica
- Atención de rutina de los pies

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visítenos en **lacare.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **cciiio.cms.gov**, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Su derecho a continuar la cobertura:

Es posible que las leyes federales y estatales dispongan de protecciones que le permitan conservar esta cobertura de seguro de salud siempre que pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, como si:

- Comete fraude.
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el estado.
- Usted se muda fuera del área de cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar la cobertura, comuníquese con nosotros llamando al **1-855-270-2327**. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado llamando al 1-888-466-2219.

Su derecho a presentar una queja o apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con la denegación de cobertura de reclamos del plan, es posible que pueda presentar una **apelación** o una **queja**. Para realizar preguntas sobre sus derechos o sobre esta notificación, o para obtener ayuda, puede comunicarse con: **1-888-466-2219**.

Servicios de idioma:

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in (your language), first call your health plan's phone number at **1-855-270-2327**. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al **1-855-270-2327**. Alguien que habla español puede ayudarlo. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de Ayuda de HMO al 1-888-466-2219.

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-800-XXX-XXXX. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang Sentro na Tumutulong ng HMO sa 1-888-466-2219.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-466-2219.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-888-466-2219.]

—————*Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente página.*—————

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visítenos en **lacare.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **cciio.cms.gov**, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran el modo en que este plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un supuesto paciente si estuviera cubierto por diferentes planes.



Esta no es una herramienta de estimación de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales en virtud de este plan. La atención médica real recibida por usted será diferente de estos ejemplos, y el costo de dicha atención también será diferente.

Consulte la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$7,540
- El Plan paga \$5,862.50
- El paciente paga \$1,677.50

Ejemplo de costos de atención médica:

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| Cargos del hospital (mamá) | \$2,700 |
| Atención obstétrica de rutina | \$2,100 |
| Cargos 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 | \$650 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$1,027.50 |
| Total | \$1,677.50 |

Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$5,400
- El Plan paga \$4,527.50
- El paciente paga \$872.50

Ejemplo de costos de atención médica:

| | |
|---|----------------|
| Medicamentos recetados | \$2,900 |
| Equipos y suministros médicos | \$1,300 |
| Visitas al consultorio y procedimientos | \$700 |
| Educación | \$300 |
| Análisis de laboratorio | \$100 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|--------------|-----------------|
| Deducibles | \$700 |
| Copagos | \$75 |
| Coseguro | \$97.50 |
| Total | \$872.50 |

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en cciiio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas acerca de los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los supuestos en los que se basan los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos de atención médica se basan en los promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) de los Estados Unidos, y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no es una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan únicamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención médica a través de **proveedores** dentro de la red.

¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo pueden sumarse los **deducibles**, los **copagos** y el **coseguro**. También le ayuda a ver qué gastos pueden estar a su cargo porque el servicio o el tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de atención médica?

✘ **No.** Los tratamientos detallados son solo ejemplos. La atención médica recibida por usted para esta condición podría ser diferente según lo aconsejado por su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son una herramienta de estimación de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Se brindan solamente como un medio de comparación. Sus propios costos serán diferentes según la atención médica que reciba, los precios de sus **proveedores** y el reembolso permitido por su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando vea el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, vea el recuadro “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más baja sea esa cifra, más cobertura brinda el plan.

¿Hay otros costos que deba tener en cuenta al comparar planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que pague. Por lo general, cuanto más baja sea su **prima**, más pagará en costos de bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta los aportes a cuentas tales como las cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) o cuentas de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés), que le ayudarán a pagar los gastos de bolsillo.

Preguntas: Llame al **1-855-270-2327** o visítenos en **lacare.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **cciio.cms.gov**, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.