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 **http://Ambetter.NHhealthyfamilies.com/** o llamando al **844-265-1278, TTY/TDD 855-742-0123**

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$3.500** individuo / familia **$7.000** . No se aplica a fármacos preventivos de atención y prescripción.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del **deducible**, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el **deducible** (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 **deducible**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar **deducibles** 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 gastos de mi bolsillo?	Sí, para la red de proveedores **$6.500** individual / familiar de**$13.000** . No, para los proveedores de fuera de la red.	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 expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Primas y servicios fuera de la red 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 límite anual 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 red de proveedores?	Sí. Ver Encuentre un Proveedor o llame al **1-844-865-1278** para obtener una lista de proveedores participantes.	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

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
		plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos **proveedores**.
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No, no necesitas una remisión a un especialista.	Usted puede consultar a cualquier **especialista** y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. 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** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	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	Copago por visita $30	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Consulta con un especialista	Copago por visita $60	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Consulta con otro proveedor de la salud	Copago por visita $30	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No hay costo	No está cubierto	Métodos anticonceptivos aprobados por la FDA y prescrito para una mujer por su proveedor de atención médica, objeto de tratamiento médico razonable, se cubrirá sin costo compartiendo requisitos.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago de $50	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Copago de $75	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite Lista de Medicamentos Preferidos **.**	Medicamentos genéricos	Copago de $25	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de $50	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de $100	No está cubierto	
	Medicamentos especiales	Copago de $200	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Copago de $150 después de deducible	Copago de $150 después de deducible	-----Ninguno-----
	Traslado médico de emergencia	30 % coseguro después deducible	30 % coseguro después deducible	-----Ninguno-----
	Cuidado urgente	30 % coseguro después deducible	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Copago de $300 después de deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	30 % coseguro después deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Copago de $30	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Copago de $300 después de deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Copago de $30	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Copago de $300 después de deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Copago de $30	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. Atención prenatal no está sujeto a gastos y se cubre como cuidado preventivo.
	Parto y todos los servicios de internación	Copago de $300 después de deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	30 % coseguro después deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Copago de $30	No está cubierto	Aprobación previa requerida después de que se hayan cumplido los límites. 20 visitas / año por terapia (OT, ST y PT).
	Servicios de recuperación de las habilidades	Copago de $30	No está cubierto	Aprobación previa requerida después de que se hayan cumplido los límites. Compartido con los límites de rehabilitación ambulatoria.
	Cuidado de enfermería especializado	Copago de $100 después de deducible	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. 100 días al año en un centro.
	Equipo médico duradero	30 % coseguro después deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Cuidado de hospicio	30 % coseguro después deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Copago por visita $0	No está cubierto	1 visita(s) por año
	Anteojos	Copago de $0 / par	No está cubierto	1 artículo(s) por año
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

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
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adulto)
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Cuidado de los pies de rutina (no relacionados con el tratamiento de la diabetes)
- Cuidados a largo plazo
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
• Audífonos • Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 12 especialistas por año)	• Cirugía bariátrica	• Servicios de aborto (limitado a los servicios que se permite el financiamiento federal)

Su derecho para continuar con la cobertura

Las leyes federales y estatales pueden brindar una protección que le permiten mantener la cobertura de seguro de salud, siempre y cuando pague su **prima**. Hay excepciones, sin embargo, tal como si:

- Comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado
- Si se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar su cobertura, comuníquese con la compañía de seguros en 844-265-1278, TTY/TDD 855-742-0123. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado New Hampshire Insurance Department , 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH 03301, Phone No. 800-852-3416.

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: New Hampshire Insurance Department , 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH 03301, Phone No. 800-852-3416.

¿Provee Cobertura Esencial Minima esta Coburtura?

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.**

Servicios de acceso Idioma (Language Access Services)

Inglés (English): For assistance in English, call us at: 844-265-1278, TTY/TDD 855-742-0123

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

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:** $3,590
- **Usted paga:** $3,950

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
Total	**$7,540**

Usted paga:

Deducibles	$3,500
Copagos	$300
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$150
Total	**$3,950**

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga:** $1,920
- **Usted paga:** $3,480

Ejemplos 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
Total	**$5,400**

Usted paga:

Deducibles	$2,400
Copagos	$1,000
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$80
Total	**$3,480**

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**.