



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?	\$0 ; el deducible se pagara por el programa de asistencia Premium.	Consulte el cuadro que comienza en la página 2 sus costos de los servicios que cubre este plan
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar deducible 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 \$600 .	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 <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Visite el sitio http://Ambetter.NHhealthyfamilies.com/findadoc o llame al 1-844-865-1278 para obtener una lista de los proveedores que participan.	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 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 aun especialista	Puede ver al especialista de su elección sin una referencia; sin embargo, se requiere una autorización previa de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 7. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.

Preguntas: Llame al 844-265-1278, TTY/TDD 855-742-0123 o visite <http://ambetter.NHhealthyfamilies.com/>.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 844-265-1278, TTY/TDD 855-742-0123 y pida una copia.

SBC-75841NH0090002-36



- **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.

Eventos médicos comunes	Los 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	Copago por visita \$3	Not Está cubierto	——Ninguno——
	Consulta con un especialista	Copago por visita \$8	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Consulta con otro proveedor de la salud	Copago por visita \$3	Not Está cubierto	——Ninguno——
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No hay costo	Not 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
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No hay costo	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Copago de \$35	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite http://ambetter.NHhealthyfamilies.com/forulary .	Medicamentos genéricos	Copago de \$4	Not Está cubierto	——Ninguno——
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$8	Not Está cubierto	Requiere autorización previa.
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$8	Not Está cubierto	Requiere autorización previa.
	Medicamentos especiales	Copago de \$8	Not Está cubierto	Requiere autorización previa.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	No hay costo	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Tarifa del médico/cirujano	No hay costo	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	No hay costo	No hay costo	——Ninguno——
	Traslado médico de emergencia	No hay costo	No hay costo	——Ninguno——

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Cuidado urgente	No hay costo	Not Está cubierto	——Ninguno——
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Copago de \$125	Not Está cubierto	——Ninguno——
	Tarifa del médico/cirujano	No hay costo	Not Está cubierto	——Ninguno——
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Copago de \$3	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Copago de \$125	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Copago de \$3	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Copago de \$125	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	No hay costo	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Parto y todos los servicios de internación	No hay costo	Not Está cubierto	Requiere autorización previa.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay costo	Not Está cubierto	Es necesaria la aprobación previa Atención prenatal no está sujeto a gastos y se cubre como cuidado preventivo.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$3 para el OT y PT; Copago de \$8 por San	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Servicios de recuperación de las habilidades	Copago de \$8	Not Está cubierto	Requiere autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializado	No hay costo	Not Está cubierto	Aprobación previa requerida después de que se hayan cumplido los límites. 20 visitas / año por terapia (OT, ST y PT).
	Equipo médico duradero	No hay costo	Not Está cubierto	Aprobación previa requerida después de que se hayan cumplido los límites. Compartido con los límites de rehabilitación ambulatoria.
	Cuidado de hospicio	No hay costo	Not Está cubierto	Aprobación required. 100 días por año en un centro.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Copago por visita \$0	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Anteojos	Copago de \$0 / par	Not Está cubierto	Requiere autorización previa
	Consulta dental	Not Está cubierto	Not Está cubierto	1 visita(s) por año

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

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

- | | | |
|--|-----------------------|---|
| • Audífonos) | • Cirugía bar iátrica | • Servicios de aborto (limitado a los servicios que se permite el financiamiento federal) |
| • Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 12 especialistas por año) | | |

Su derecho para continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden ofrecer protecciones que permiten mantener esta cobertura de seguro de salud, siempre y cuando usted pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, tal como si:

- Comete fraude
- El asegurador deja de ofrecer servicios en el estado
- Se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos de mantener la cobertura, comuníquese con el asegurador al 877-687-1197, TTY/TDD 877-941-9238. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado a: 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.

¿Ofrece esta cobertura la cobertura mínima esencial?

La Ley de cuidado de salud a bajo precio requiere que la mayoría de la gente obtenga cobertura médica que califique como "cobertura mínima esencial."

Este plan o esta póliza no ofrece cobertura mínima esencial.

¿Cumple esta cobertura con 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 de salud. El valor mínimo estándar es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud no cumple el valor mínimo estándar para los beneficios que ofrece.**

Servicio de Acceso Lingüístico:

English (Inglés): For assistance in English, call 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: \$7,540
- Usted paga: \$0

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 y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Las afiliadas de PAP son elegibles para una exención del pago del costo compartido mientras están embarazadas y durante los 60 días siguientes al embarazo. Debe informar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de NH (NH Department of Health and Human Services) sobre su embarazo para que suspendan el costo compartido.

Total	\$0
--------------	------------

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$5,160
- Usted paga: \$240

Ejemplo de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$240
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$240

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**. 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 le ayudan con los gastos del bolsillo.