

Harris County: Aetna PLUS Plan: Point of Service II Duración de la póliza: 03/01/2013 – 02/28/2014
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Empleados y Dependientes **Tipo de plan:** POS



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 www.harriscountytexas.gov/hrm/ o llamando al (713) 755-5117 o sin cargo al (866) 474-7475

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	Ninguno	Usted no tiene que cumplir con deducible para servicios específicos, pero vea el gráfico en la página 2 para otros costos para los servicios que este plan cubre.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Si, un deducible de \$250 para hospitalización /atención ambulatoria de hospicio	No hay otros deducibles específicos
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Si, para proveedores participantes \$1,000 persona/ \$3,000 familia. Para proveedores no participantes \$8,000 persona/ \$24,000 familia.	El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (por lo general un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de cuidado de la salud.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Las primas, copagos y atención de la salud que este plan no cubre	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan hacia el límite de su bolsillo.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El gráfico empezando en la página 2 se describen los posibles límites de lo que el plan va a pagar por los servicios cubiertos específicos, tales como visitas al consultorio. Hay un límite de por vida fuera de la red de \$ 1,000,000.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Si. Visite la pagina www.aetna.com o llame sin cargo al 1-800-279-2401 por la lista de proveedores participantes.	Si usted usa un médico de la red u otro proveedor de atención de la salud, este plan va a pagar parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta, dentro de la red de su médico u hospital puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Planes usan el término en la red, preferido, o la participación de los proveedores en su red. Consulte el gráfico a partir de la página 2 para saber cómo este plan paga los diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No. Usted no necesita un referido para ver a un especialista.	Usted puede ver el especialista que usted elija sin la autorización de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Si.	Algunos de los servicios que este plan no cubre figuran en la página 4. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional acerca de los servicios excluidos.

Preguntas: Llame al (713) 755-5604 o sin cargo al 1-800-279-2401 o visite www.aetna.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.harriscountytexas.gov o llame al 1-866-474-7475 y pida una copia.



- **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** participantes 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	\$20 copago/visita	40% después de deducible	Aplica a deducible fuera de la red
	Consulta con un especialista (Aexcel/ No Aexcel)	\$30 o \$40 copago/visita	40% después de deducible	Si obtiene los servicios de una de las diez categorías de especialidades Aexcel que figuran en la Guía de Recursos y ve un médico designado a Aexcel O si usted obtiene servicios especializados que no son una de las diez categorías de especialidades Aexcel (por ejemplo: dermatología) su copago será \$ 40.
	Consulta con Quiropráctico	\$30 copago/visita	40% después de deducible	Limitado a \$600 por año calendario
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No se cobra por una visita al año	40% después de deducible	Sujeto a cualquier edad y límites de visitas previsto en el exhaustivo directrices apoyado por Recursos de Salud y Administración de Servicios.

Harris County: Aetna PLUS Plan: Point of Service II Duración de la póliza: 03/01/2013 – 02/28/2014
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de: Empleados y Dependientes Tipo de plan: POS**

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 tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No hay cargos	40% después de deducible	Aplica a deducible fuera de la red
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	100% cobertura	40% coseguro	Precertificación requerido.
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.[insert] .	Medicamentos genéricos- al por menor Medicamentos genéricos- pedido por correo	\$5 mín./\$35 max. \$10 mín./\$70 max. o 25% del precio negociado	40% coseguro	Venta al por menor cobertura de hasta un suministro para 30 días; Pedidos por correo cobertura de hasta un suministro para 31-90 días.
	Medicamentos de marca preferidos- al por menor Medicamentos de marca preferidos- pedido por correo	\$25 mín./\$100 max \$50 mín./\$200 max o 30% del precio negociado	40% coseguro	Venta al por menor cobertura de hasta un suministro para 30 días; Pedidos por correo cobertura de hasta un suministro para 31-90 días.
	Medicamentos especiales	\$50 mín./\$200 max o 30% del precio negociado	40% coseguro	Los medicamentos especializados y el factor de coagulación de la sangre debe ser obtenida dentro de la red de Aetna Speciality Pharmacy.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	\$300 copago/visita	40% coseguro	Aplica deducible fuera de la red
	Tarifa del médico/cirujano	100% cobertura	40% coseguro	Aplica deducible fuera de la red

Preguntas: Llame al (713) 755-5604 o sin cargo al 1-800-279-2401 o visite [www.aetna.com](#)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.harriscountytexas.gov](#) o llame al 1-866-474-7475 y pida una copia.

Harris County: Aetna PLUS Plan: Point of Service II Duración de la póliza: 03/01/2013 – 02/28/2014
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de: Empleados y Dependientes Tipo de plan: POS**

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 necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$300 copago/ visita	40% coseguro	Anulado si es admitido
	Traslado médico de emergencia	100% cobertura	10% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
	Cuidado urgente	\$50 copago/ visita	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	\$500 copago/visita	40% coseguro	Después de cumplir con el deducible anual.
	Tarifa del médico/cirujano	100% cobertura	40% coseguro	Después de cumplir con el deducible anual.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$30 copago/visita	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$500 copago/visita	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$40 copago/visita	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$500 copago/ visita	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$30 o \$40 copago	40% coseguro	Copago varía si Aexcel / proveedor no Aexcel se utiliza. Aplica a deducible fuera de la red.
	Parto y todos los servicios de internación	\$500 copago para mamá y cada bebé	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red

Preguntas: Llame al (713) 755-5604 o sin cargo al 1-800-279-2401 o visite www.aetna.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.harriscountytexas.gov o llame al 1-866-474-7475 y pida una copia.

Harris County: Aetna PLUS Plan: Point of Service II Duración de la póliza: 03/01/2013 – 02/28/2014
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de: Empleados y Dependientes Tipo de plan: POS**

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 necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	100% cobertura	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
	Servicios de rehabilitación	\$20 copago/visita	40% coseguro	Límite de 60 visitas por año calendario: Aplica del deducible fuera de la red.
	Servicios de recuperación de las habilidades	No cubierto	No cubierto	Algunos de estos beneficios pueden estar cubiertos por los servicios de rehabilitación y están sujetos a la precertificación.
	Cuidado de enfermería especializado	100% cobertura	40% coseguro	Límite de 100 visitas por año calendario: Aplica del deducible fuera de la red
	Equipo médico duradero	100% cobertura	40% coseguro	Aplica a deducible fuera de la red
	Cuidado de hospicio	90% después de \$250 del deducible	40% coseguro	Aplica a deducible dentro y fuera de la red
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No cubierto	No cubierto	La atención óptica esta cubierta por el plan de la visión .
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	Límite de beneficios para la cobertura de anteojos bajo el plan de la visión.
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	Los servicios dentales cubiertos por el plan dental.

Preguntas: Llame al (713) 755-5604 o sin cargo al 1-800-279-2401 o visite www.aetna.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.harriscountytx.gov o llame al 1-866-474-7475 y pida una copia.

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.)

- Cirugía Estética
- Cuidado Dental (Adultos)
- Cuidado de largo plazo
- Atención medica cuando se viaja fuera de los EE.UU.
- Examine rutinario de los ojos (Adultos)

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

- Acupuntura (si es obligatorio con fines de rehabilitación)
- Cirugía Bariátrica (dentro de la red)
- Atención Quiropráctica (limitado)
- Audífonos (limitado)
- Infertilidad (limitado)
- Enfermera Privada (no cosmético)
- Cuidado rutinario de los pies (limitado)
- Programas para bajar de peso (limitado)

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden brindar protecciones que le permiten mantener la cobertura de salud. Cualquiera de esos derechos pueden ser limitados en el tiempo y se requiere que usted pague una prima, que puede ser significativamente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. Otras limitaciones en sus derechos para continuar su cobertura también se pueden aplicar.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar su cobertura, comuníquese con el plan en el (713) 755-5117 o llame gratis al (866) 474-7475. Usted también puede contactar su departamento estatal de seguros, el Departamento de Trabajo de EE.UU., empleado de la Administración de Seguridad de Beneficios al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877 - 267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

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 Aetna al (713) 755-5604 o llame gratis al (800) 279-2401.

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

Preguntas: Llame al (713) 755-5604 o sin cargo al 1-800-279-2401 o visite www.aetna.com

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.harriscountytexas.gov o llame al 1-866-474-7475 y pida una copia.

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: \$7,503
- El plan paga: \$6,463
- Usted paga: \$1,040

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$3,999
Atención de rutina del obstetra	\$1,250
El costo del hospital (bebé)	\$782
Anestesia	\$875
Análisis de laboratorio	\$175
Medicamentos	\$145
Radiografías	\$250
Vacunas y otros servicios preventivos	\$27
Total	\$7,503

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,040
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$1,040

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$3,528
- El plan paga: \$3,368
- Usted paga: \$160

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$1,096
Equipo médico e insumos	\$1,480
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$594
Educación sobre el cuidado	\$115
Análisis de laboratorio	\$165
Vacunas y otros servicios preventivos	\$78
Total	\$3,528

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$160
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$160

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.