Harris County: Aetna BASE Plan:Point of Service II Duración de la póliza: 03/01/2015 – 02/28/2016

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.harriscountytx.gov/hrrm/ o llamando al (713) 274-5500 o sin cargo al 1-866-474-7475

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	En la red: $500 persona/ $1,500 familia; Fuera de la red: $1,000 persona/ $3,000 familia No aplica al cuidado preventivo	Usted debe pagar todos los gastos hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utiliza. Revise su póliza o documento del plan para ver si el deducible comienza de nuevo (por lo general, pero no siempre, 01 de enero). Consulte la tabla de partida en la página 2 de la cantidad que paga por los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con el deducible para servicios específicos. Por favor consulte el gráfico en la página 2 para otros costos para los servicios que este plan cubre.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Si. Para los proveedores que participan $6,600 persona/ $13,200 familia. Para los proveedores no participantes $9,000 persona/ $27, 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. Todos los copagos se aplican a máximos de gasto de bolsillo.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Cuidado de la salud que este plan no cubre y plan de prescripción.	A pesar de que usted page estos gastos, no cuentan hacia el límite de gasto de su bolsillo.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El gráfico en la página 2 se describen los límites de lo que el plan paga por determinados servicios cubiertos, como las visitas al consultorio. Hay un límite de por vida fuera de la red de $ 1,000.000.
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Llame al 1-800-279-2401 o visite la pagina www.aetna.com para obtener una lista de proveedores participantes	Si usted usa un médico de la red o otro proveedor de cuidado de la salud, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta, dentro de la red de su médico o hospital puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes médicos usan el término en la red, preferido, o proveedores participantes en su red. Consulte el gráfico en la página 2 para saber cómo este plan paga diferentes tipos de proveedores
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No. Usted no necesita una referencia para ver a un especialista.	Usted puede ver el especialista que usted elija sin la autorización de este plan.

- **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	$25 copago/visita	50 % después del deducible	Deducible se aplica a fuera de la red.
	Consulta con un especialista (Aexcel/Non-Aexcel)	$40/$50 copago/ visita	50 % después del deducible	Deducible se aplica a fuera de la red.
	Consulta con otro proveedor de la salud	$40 copago/visita	50 % después del deducible	Limitado a $ 600 por año calendario
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No se cobra por una visita al año	50 % después del deducible	Sujeto a cualquier edad y límites de visitas previsto en el exhaustivo directrices apoyado por Recursos de Salud y Administración de Servicios.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No hay cargos	50 % después del deducible	Deducible se aplica a fuera de la red.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	10 % después del deducible	50 % después del deducible	Se require precertificación.

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 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 máx. $10 mín./$70 máx. o 25% del costo negociado.	40% coseguro	Venta al por menor cobertura de hasta un suministró para 30 días; Pedidos por correo cubertura de hasta un suministró para 30-90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	$25 mín./$100 máx. $50 mín./ $200 máx. o 30% del costo negociado.	40% coseguro	Venta al por menor cobertura de hasta un suministró para 30 días; Pedidos por correo cubertura de hasta un suministró para 30-90 días.
	Medicamentos de marca no preferidos			
	Medicamentos especiales	$50 mín./ $200 máx. o 30% del costo negociado.	60% coseguro	Los medicamentos especializados y el factor de coagulación de la sangre debe ser obtenida dentro de la red de Aetna Specialty Pharmacy.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20% coseguro después de deducible	50% coseguro después de deducible	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Tarifa del médico/cirujano	20% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.

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	$300 copago/ visita	Anulado si es admitido
	Traslado médico de emergencia	10% coseguro	10% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Cuidado urgente	$50 copago/visita	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	20% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Tarifa del médico/cirujano	20% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	$30 copago/visita	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	$40 copago/visita	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	100% cobertura	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Parto y todos los servicios de internación	20% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.

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	10% coseguro	50% coseguro	Límite de 100 visitas por año calendario. Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Servicios de rehabilitación	$25 copago/vista	50% 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	10% coseguro	50% coseguro	Límite de 100 visitas por año calendario: Aplica del deducible fuera de la red
	Equipo médico duradero	10% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en y fuera de la red.
	Cuidado de hospicio	10% coseguro	50% coseguro	Deducible se aplica en 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	Limite 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.

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)
- Atención medica cuando se viaja fuera de los EE.UU.
- Cuidado de largo plazo
- Examine rutinario de los ojos

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

- Acupuntura (limitado)
- Cirugía Bariátrica (dentro de la red)
- Atención Quiropráctica (limitado)
- Audífonos (limitado)- máximo $1,500 cada 36 meses
- Infertilidad (limitado)
- Enfermera Privada (no cosmético)
- Cuidado rutinario de los pies (limitado)
- Programas para bajar de peso (limitatdo)

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) 274-5500 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) 274-5500 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.

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:** $5,490
- **Usted paga:** $2,050

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**

El paciente paga:

Deducibles	$500
Copagos	$30
Coseguro	$1,320
Límites o exclusiones	$0
Total	**$1,850**

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $4,100
- **El plan paga:** $2,480
- **Usted paga:** $1,620

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	$1,500
Equipo médico e insumos	$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	$730
Educación sobre el cuidado	$290
Análisis de laboratorio	$140
Vacunas y otros servicios preventivos	$140
Total	**$4,100**

El paciente paga:

Deducibles	$500
Copagos	$500
Coseguro	$240
Límites o exclusiones	$80
Total	**$1,320**

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.