



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los términos completos en la póliza o en los documentos del plan en welcometouhc.com/oxford o llamando al 1-800-444-6222.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red: \$2,000 por persona* / \$4,000 por familia por año del contrato. *No se aplica si la póliza cubre a 2 personas o más. El deducible no se aplica a los servicios enumerados en la lista a continuación como “Sin cargo”.	Usted debe pagar todos los costos hasta alcanzar el deducible a fin de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza o los documentos del plan para ver cuándo comienza nuevamente el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para ciertos servicios específicos?	No, no hay otros deducibles .	Usted no tiene que pagar deducibles para ciertos servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por este plan.
¿Hay un límite de los gastos de mi bolsillo ?	Sí. Dentro de la red: \$5,500 por persona / \$11,000 por familia	El límite de gastos de su bolsillo es la cantidad máxima que usted podría pagar por los servicios cubiertos durante un período de cobertura (generalmente un año). Este límite le permite planificar sus gastos de cuidado de la salud.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo ?	Las primas y el cuidado de salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán en cuenta para alcanzar el límite de gastos de su bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No. Esta póliza no tiene un límite anual en la cantidad que pagará cada año.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para ciertos servicios cubiertos <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Este plan usa proveedores de la red . Si usted usa un proveedor fuera de la red , sus costos pueden ser mayores. Para obtener una lista de proveedores de la red , visite el sitio welcometouhc.com/oxford o llame al 1-800-444-6222.	Si usted se atiende con médicos o proveedores de cuidado de la salud que son parte de la red, el plan pagará la totalidad o una parte del costo de los servicios cubiertos. Los planes usan términos como dentro de la red , preferido o participante para referirse a los proveedores de su red .
¿Necesito una referencia para ver a un especialista ?	No.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio que este plan no cubre?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se indican en la página 5. Para obtener más información acerca de los servicios excluidos , consulte los documentos del plan o de la póliza.

¹ Los productos HMO de Oxford están asegurados por Oxford Health Plans (NY), Inc., Oxford Health Plans (NJ), Inc. y Oxford Health Plans (CT), Inc. Los productos de seguros Oxford están asegurados por Oxford Health Insurance, Inc. Servicios administrativos proporcionados por Oxford Health Plans LLC.

Preguntas: Llame al 1-800-444-6222 o visítenos en oxfordhealth.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en ccio.cms.gov o dol.gov/ebsa/healthreform o llame al 1-800-444-6222 y pida una copia. **Este es solo un resumen.** No modifica en modo alguno sus beneficios como se describen en sus documentos del plan. Consulte los documentos del plan proporcionados por su empleador para ver los términos completos de este plan.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios



- **Copago:** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de cuidado de la salud que tienen cobertura, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro:** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto. El coseguro es un porcentaje de la **cantidad permitida** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** por el plan para una estadía en el hospital por la noche es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos está basada en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que usted tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad permitida** es \$1,000, es posible que usted tenga que pagar la diferencia de \$500, (a esto se le llama **saldo de facturación**).
- Es posible que este plan lo anime a que use **proveedores** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio de un proveedor de cuidado de la salud	Consulta de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión	Copago de \$25 por visita después del deducible	Sin cobertura	Si recibe servicios adicionales a una visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales.
	Visita a un especialista	Copago de \$50 por visita después del deducible	Sin cobertura	Si recibe servicios adicionales a una visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales.
	Visita al consultorio de otro proveedor de cuidado de la salud	Copago de \$50 por visita después del deducible	Sin cobertura	El costo compartido se aplica solo para los servicios de manipulación (quiropáticos).
	Cuidado preventivo, pruebas de detección y vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Incluye los servicios de cuidado de la salud preventivos que se especifican en la Ley de Reforma de la Atención Médica. Sin cobertura fuera de la red
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	Radiología: Copago de \$90 por servicio después del deducible Para estudios del sueño, se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida.
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética nuclear)	Proveedor independiente/Consultorio médico: Coseguro del 0% después del deducible Basado en un hospital: Copago de \$100 por servicio después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</p> <p>Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u>, visite oxfordhealth.com</p>	Nivel 1: Su opción de costo más bajo	Venta al por menor: Copago de \$15 después del deducible Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Copago de \$37.50 después del deducible	Sin cobertura	A los fines de esta sección, proveedor significa farmacia. Venta al por menor: Un suministro de hasta 30 días Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Un suministro de hasta 90 días. Los anticonceptivos del Nivel 1 están cubiertos sin cargo.
	Nivel 2: Su opción de costo medio	Venta al por menor: Copago de \$35 después del deducible Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Copago de \$87.50 después del deducible	Sin cobertura	Es posible que deba obtener determinados medicamentos, incluso ciertos medicamentos especiales, de una farmacia designada por nosotros. Es posible que determinados medicamentos necesiten una preautorización. Si no la obtiene, puede ser que deba pagar un costo mayor.
	Nivel 3: Su opción de costo más alto	Venta al por menor: Copago de \$75 después del deducible Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Copago de \$187.50 después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Nivel 4: Su opción de costo más alto adicional	No corresponde	No corresponde	Nivel no aplicable para este plan
<p>Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios</p>	La tarifa del centro (centro de cirugía ambulatoria, p. ej.)	Proveedor independiente/Consultorio médico: Copago de \$150 por visita después del deducible Basado en un hospital: Copago de \$250 por visita después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Tarifas del médico o cirujano	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
<p>Si necesita atención médica inmediata</p>	Servicios de la sala de emergencias	Copago de \$250 por visita después del deducible*	Copago de \$250 por visita después del deducible*	*Aplica el deducible para participantes
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20% después del deducible*	Coseguro del 20% después del deducible *	*Aplica el deducible para participantes
	Cuidado de urgencia	Copago de \$75 por visita después del deducible	Sin cobertura	Si recibe servicios adicionales además del cuidado de urgencia, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Si tiene una estadía en hospital	Tarifa del centro (la habitación de hospital, p. ej.)	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Tarifa del médico o cirujano	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
Si tiene problemas de salud mental, del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios de salud mental y del comportamiento	Copago de \$50 por visita después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Servicios para pacientes hospitalizados de salud mental y del comportamiento	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Servicios para pacientes ambulatorios para trastornos causados por el abuso de sustancias	Copago de \$50 por visita después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Servicios para pacientes hospitalizados para trastornos causados por el abuso de sustancias	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
Si está embarazada	Cuidado prenatal y posnatal	Copago de \$25 por visita después del deducible (por visita inicial).	Sin cobertura	Atención prenatal de rutina dentro de la red cubierta sin costo. Es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales según los servicios prestados.
	Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización para pacientes hospitalizados.
Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales de cuidado de la salud	Cuidado de la salud a domicilio	Copago de \$50 por visita después del deducible	Sin cobertura	Límite de 40 visitas por año calendario.
	Servicios para la rehabilitación	Copago de \$50 por cada visita como paciente ambulatorio después del deducible	Sin cobertura	Dependiendo del tipo de terapia, existe un límite de 60 visitas combinadas para PT/OT/ST por año calendario.
	Servicios para la habilitación	Copago de \$50 por cada visita como paciente ambulatorio después del deducible	Sin cobertura	Dependiendo del tipo de terapia, existe un límite de 60 visitas combinadas para PT/OT/ST por año calendario.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	Límite de 200 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere preautorización para artículos de más de \$500.
	Cuidados paliativos	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Si su hijo necesita cuidados dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	Sin cobertura.	Límite de 1 examen por cada período de 12 meses. Cubierto para personas hasta los 19 años.
	Anteojos	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura.	Límite de 1 juego de accesorios por cada período de 12 meses. Cubierto para personas hasta los 19 años.
	Examen dental	Coseguro del 0% después del deducible	Sin cobertura.	Límite de 1 examen por cada período de 6 meses. Cubierto para personas hasta los 19 años.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Cuidado de la salud a largo plazo
- Cuidado de la salud que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

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

- Cirugía bariátrica - pueden aplicarse limitaciones
- Aparatos auditivos - pueden aplicarse limitaciones
- Tratamiento de infertilidad - pueden aplicarse limitaciones
- Cuidado quiropráctico

Su derecho para que la cobertura continúe:

Si usted pierde la cobertura del plan, entonces, según sean las circunstancias, es posible que las leyes estatales y federales le brinden protección que le permita mantener la cobertura de cuidado de la salud. Es posible que todos estos derechos sean limitados en cuanto a su duración y requerirán que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la **prima** que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible también que sean aplicables otras limitaciones en sus derechos para continuar su cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para que su cobertura continúe, comuníquese con el plan al 1-800-444-6222. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, del Departamento de Trabajo de los EE. UU., en el 1-866-444-3272 o si visita www.dol.gov/ebsa; o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 1-877-267-2323, ext. 61565, o si visita cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja formal 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** formal. Si tiene preguntas sobre sus derechos, sobre esta notificación o si necesita asistencia, puede contactar con: Su departamento de recursos humanos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o dol.gov/ebsa/healthreform o el Departamento de Servicios Financieros de Nueva York al 1-800-342-3736 o en dfs.ny.gov/index.htm.

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura de cuidado de la salud que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple el estándar de valor mínimo?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan de cuidado de la salud. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso en diferentes idiomas:

- Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-633-2446.
- 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-633-2446.
- Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-866-633-2446.
- Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-633-2446.

En la página siguiente hay ejemplos de cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría este plan los cuidados de la salud en situaciones específicas. Úselos para tener una idea general de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo mediante distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo aproximado de costos.

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales mediante este plan. Los cuidados de la salud que usted realmente reciba y sus precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

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

Nacimiento

(parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga \$4,420
- El paciente paga \$3,120

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Cuidado de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$2,000
Copagos	\$20
Coseguro	\$900
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$3,120

Control de la diabetes tipo 2

(control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$2,440
- El paciente paga \$2,960

Ejemplos de los costos:

Recetas	\$2,900
Equipo y suministros médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos realizados en él	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$2,000
Copagos	\$900
Coseguro	\$20
Límites o exclusiones	\$40
Total	\$2,960

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen en estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos se basan en los promedios nacionales suministrados al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU. y no son específicos para una zona geográfica o un plan de salud en particular.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de póliza.
- No hay ningún otro gasto médico para ningún otro miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de su bolsillo están basados solamente en el tratamiento de la condición mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los cuidados de la salud de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo se suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o porque el pago es limitado.

¿Predice este ejemplo mis propias necesidades de cuidado de la salud?

- ✘ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El cuidado de la salud que usted podría recibir para estas condiciones tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✘ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo aproximado de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado actual de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de los cuidados de la salud que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

- ✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de 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 que le ofrece el plan.

¿Debo considerar otros costos al comparar 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, por ejemplo, **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las cuentas de ahorros para la salud (health savings accounts, HSA), cuentas de gastos flexibles (flexible spending arrangements, FSA) o las cuentas de reembolso para la salud (health reimbursement accounts, HRA) que le ayudan a pagar los gastos de su bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-800-444-6222 o visítenos en oxfordhealth.com. Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en ccio.cms.gov o dol.gov/ebsa/healthreform o llame al 1-800-444-6222 y pida una copia. **Este es solo un resumen.** No modifica en modo alguno sus beneficios como se describen en sus documentos del plan. Consulte los documentos del plan proporcionados por su empleador para ver los términos completos de este plan.