



Este es solo un resumen. Si desea información adicional sobre cobertura y costos, puede obtener los términos a detalle de su póliza y/o los documentos de su plan en www.freedomcarebenefits.com o llamando al 1-800-589-6383

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$ 0	Vea la tabla en la página 2 para saber cuánto pagará por los servicios incluidos dentro de su cobertura (después de haber pagado el deducible).
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No. No existe ningún otro deducible.	No se tiene que pagar ningún deducible por servicios específicos, favor de consultar la tabla en la página 2 para ver el costo adicional por los servicios incluidos dentro de su plan.
¿Hay algún <u>gasto extra</u> a pagar por mi cuenta?	No.	No hay gastos extras a pagar por su cuenta durante el periodo de cobertura (normalmente de un año) por los servicios incluidos. Esto le ayudará a planear sus gastos de salud.
¿Cuáles son las <u>exclusiones de los gastos extras</u> ?	Este Plan no cuenta con un límite de gastos extras.	Este plan no cuenta con un límite establecido de gastos extras.
¿Existe algún <u>límite anual</u> de cobertura?	No.	Vea la tabla en la página 2 para saber la descripción de límites de los servicios incluidos en su plan, como visita a doctores.
¿Este plan incluye <u>doctores y/o hospitales</u> dentro de su red?	No. Usted tendrá que buscar el hospital y/o el doctor de su elección y el Plan pagará únicamente por los gastos cubiertos (dentro de los gastos autorizados).	El proveedor de servicio no aceptará el pago autorizado como pago total de sus servicios y éste tendrá que facturar la diferencia entre lo que está autorizado y lo que no. Usted será el responsable de pagar esta diferencia.
¿Necesito algún <u>escrito o referencia</u> para visitar a un <u>especialista</u> ?	No	Usted podrá ver al especialista de su elección, no necesita autorización por parte de este plan.
¿Hay servicios que no están cubiertos por este plan?	Si	Algunos de los servicios que éste plan no cubre, se encuentran enlistados en la página 4. Consulte la póliza o los documentos de su plan para obtener más información sobre los servicios no incluidos.

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al recibirlos.
- **Coaseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad autorizada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad autorizada** por el plan para una hospitalización es de \$1,000 su **coaseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad autorizada**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más de la **cantidad autorizada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red le cobra \$1,500 y la **cantidad autorizada** es de \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocido como el **saldo a facturar**).
- El pago que usted realizará no depende si el proveedor de servicios se encuentra en red o no.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza proveedores dentro de la red	Su costo si utiliza proveedores fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si utiliza proveedores de servicio como Hospitales, clínicas y/o doctores	Consulta con su médico de cabecera para tratar un padecimiento o una enfermedad	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Consulta con un especialista	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Consulta con otro proveedor de salud	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Exámenes de laboratorio preventivos (de cuidado / detección / inmunización)	Sin Costo.	No Cubierto.	Ninguna.
Si tiene que hacerse una evaluación	Exámenes de laboratorio (radiografías, análisis de sangre)	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Radiología e Imagen (TAC/PET, resonancia magnética)	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si necesita un medicamento para su enfermedad o padecimiento Para mayor información visite: www.rxvalet.com .	Medicamentos genéricos	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Insulina (diabetes)	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Marca específica o medicamentos especializados	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Medicamentos preventivos	Sin Costo.	No Cubierto.	Ninguna.

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza proveedores dentro de la red	Su costo si utiliza proveedores fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cuota del hospital (centro de cirugía ambulatoria)	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Tarifa de médico / cirujano	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si necesita atención médica inmediata	Servicio de la sala de emergencias	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Transporte médico de emergencia	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Cuidado Intensivo	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si necesita hospitalización	Cuota del hospital (habitación)	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Tarifa del médico y/o cirujano	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de conducta	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Hospitalización por salud mental y de conducta	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Servicio ambulatorio por abuso de sustancias	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Hospitalización por abuso de sustancias	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si está embarazada	Cuidado prenatal y de posparto	No Cubierto.	No Cubierto.	Incluye ciertos servicios prenatales de cuidado preventivo, como examen sanguíneo, entre otros.

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Su costo si utiliza proveedores dentro de la red	Su costo si utiliza proveedores fuera de la red	Limitaciones y Excepciones
	Parto y los servicios de hospitalización	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias y necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de salud en el hogar	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Servicios de rehabilitación	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Servicios de habilitación	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Cuidado especializado de enfermería	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Equipo o instrumental médico	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Cuidado de Hospicio	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
Si su hijo/hija necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Lentes o anteojos	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.
	Chequeo dental	No Cubierto.	No Cubierto.	No Cubierto.

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios NO cubiertos por su plan (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan o su póliza para más servicios no cubiertos o excluidos)

- | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------------|
| • Aborto | • Acupuntura | • Cirugía bariática |
| • Quiropráctico | • Cirugía estética | • Diálisis |
| • Cuidado dental | • Tratamiento psiquiátrico y por abuso de sustancias | • Servicios privados de enfermería |
| • Trasplante de órganos | • Atención de no emergencia cuando viaja fuera de Estados Unidos | • Cuidado rutinario de la vista |
| • Cuidado rutinario de los pies | • Programas para la pérdida de peso | • Cuidado neuropático |
| • Cuidado Auditivo | • Tratamientos por infertilidad | |

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

None.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura del plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden ofrecer protección para mantener su cobertura médica. Tales derechos pueden estar vigentes por un límite de tiempo y requerirán el pago de una prima, que puede ser notablemente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto por este plan. Además, puede haber otras limitaciones en sus derechos de continuidad de cobertura. Para obtener mayor información acerca de sus derechos de continuidad de la cobertura, comuníquese al 1-800-589-6383. También puede ponerse en contacto con el departamento estatal de seguros, la Administración de seguridad para los beneficios de los empleados del departamento de trabajo de los Estados Unidos, llamando al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos llamando al 1-877-267-2323 extensión 61565 o visitando www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una resolución de cobertura de su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja. Si tiene preguntas sobre sus derechos, éste aviso, o necesita ayuda, comuníquese al: 1-844-657-1575 o con la Administración de seguridad para los beneficios de los empleados del departamento de trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444EBSA (3272) o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.

¿Este plan de salud proporciona una Cobertura Mínima Esencial?

La ley “ACA – Affordable Care Act” (Obamacare), requiere que la mayoría de las personas cuente con una cobertura de atención médica que califique como una “Cobertura Mínima Esencial”. **Este plan si proporciona la cobertura mínima esencial requerida por el gobierno.**

¿Este plan de salud cumple con la norma de Valor Mínimo Estándar?

La ley “ACA – Affordable Care Act” (Obamacare), requiere el cumplimiento de la norma de Valor Mínimo Estándar proporcionado por los beneficios de su plan de salud. El Valor Mínimo Estándar es del 60% (valor actuarial). **Este plan o póliza no cumple con el Valor Mínimo Estándar.**

Diferentes Idiomas Disponibles a su servicio:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-589-6383.

También ponemos a su disposición esta información en Tagalo, Chino y Navajo, llamando al 1-800-586353.

—————*Para ver ejemplos sobre como éste plan paga por los servicios en una situación médica, favor de leer la próxima página.*—————

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.

Ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran como el plan cubrirá los servicios en diferentes situaciones. Usted puede utilizarlos para ver cuánta protección financiera se le proporciona a un paciente cuando tiene cobertura con distintos planes.



Esto no es una herramienta de cálculo

No utilice estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Sus servicios médicos reales y los costos correspondientes, serán diferentes a estos ejemplos.

Para obtener información importante sobre estos ejemplos, consulte la siguiente página.

Tener un bebe (parto normal)

- **Adeudo con proveedores:** \$7,540
- **El plan pagará \$ 40**
- **El paciente pagará \$ 7,500**

Desglose de costos:

Costo de hospital (madre)	\$2,700
Atención rutinaria del ginecólogo	\$2,100
Costo del hospital (bebe)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente pagará:

Deducible	\$ 0
Copago	\$0
Coaseguro	\$0
Exclusiones	\$7,500
Total	\$7,500

Control de diabetes tipo 2 (control rutinario de una condición bajo control)

- **Adeudo con proveedores:** \$5,400
- **El plan pagará \$100**
- **El paciente pagará \$5,300**

Desglose de costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo y productos médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de Laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios	\$100
Total	\$5,400

El paciente pagará:

Deducible	\$0
Copago	\$0
Coaseguro	\$0
Exclusiones	\$5,300
Total	\$5,300

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura proporcionados en la página 7:

Situaciones que asumimos al ver los ejemplos de cobertura:

- Los costos no incluyen **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en promedios a nivel nacional proporcionados por entidades gubernamentales de Estados Unidos como la “HHS”(departamento de salud) y no según el área geográfica o un plan en particular.
- La condición del paciente no es considerada como condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos extras están basados solamente en el tratamiento de la condición mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los **servicios del proveedor** dentro de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido **servicios de proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

Que muestran los ejemplos?

Por cada tratamiento, los ejemplos de cobertura le ayudan a ver como el **deducible**, el **copago** y el **coaseguro** pueden incrementar el costo. También le muestran los gastos que usted pagará, ya sea por falta de cobertura o por que el pago es limitado.

¿Los ejemplos de cobertura predicen mis necesidades?

✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta enfermedad, puede ser distinta según lo establecido por su doctor, su edad y la gravedad de su caso, entre otros factores.

¿Los ejemplos de cobertura predicen mis futuros gastos?

✗ **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 una condición real. El ejemplo es únicamente para fines informativos y de comparación. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio de los **proveedores de servicios** y del reembolso que el plan autorice.

¿Puedo utilizar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

✓ **Si.** Al leer el Resumen de Beneficios y Cobertura para otros planes, verá los mismos ejemplos. Al comparar los planes, marque la casilla “el paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo considerar otros costos al comparar planes?

✓ **Si.** Un costo importante es la prima que usted paga. Por lo general, cuanto más baja sea la prima, mayores serán los gastos de su bolsillo, como deducibles, copagos y coaseguros. También deber tener en consideración las contribuciones como Cuentas de Ahorros de Salud “HSA”, Acuerdos Flexibles de Gastos “FSA” o las Cuentas de Reembolsos Médicos “HRA” que lo ayudarán con los gastos a desembolsar por su cuenta.

Preguntas: Llame al 1-800-589-6383 o visite www.freedomcarebenefits.com

Para mayor información acerca de la terminología de este documento, favor de consultar el glosario. Usted puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-844-657-1575 para solicitar una copia.