



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?	\$ 7,150.00 por cada persona cubierta \$ 14,300.00 Máximo por familia	Usted tendrá que pagar todos los gastos hasta llegar al monto del deducible, antes que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted vaya a utilizar. Revise su póliza o su plan para ver la fecha de renovación (normalmente es el 1° de enero, pero no siempre). Vea la tabla en la página 2 para la cantidad que debe pagar por los servicios incluidos, después de que usted haya cubierto 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?	\$ 7,150.00 por cada persona cubierta \$ 14,300.00 Máximo por familia	Este límite de gastos extras, será lo máximo que usted tendrá que pagar por servicios incluidos durante su cobertura (normalmente de un año). Este límite lo ayudará a planear sus gastos médicos.
¿Cuáles son las exclusiones de los <u>gastos extras</u> ?	Penalidades por falta de autorización de primas, cargos a facturar y por cuidados de salud que este plan no incluya.	Estas penalidades no serán consideradas como parte del límite de gastos extras.
¿Existe algún límite anual 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</u> y/o <u>hospitales</u> dentro de su red?	Si. Para obtener una lista de proveedores participantes visite: www.redrockmanagementservices.com o llame al 1-844-657-1575.	Si usted utiliza un médico dentro de la red u otro proveedor autorizado, éste plan pagará todos o algunos de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en consideración que su médico o el hospital dentro de la red puede utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizarán el término “preferido o participante” para proveedores dentro de la red. Vea la tabla en la página 2 para aprender como este plan paga por diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito algún escrito o referencia 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 <u>proveedores de servicio</u> como hospitales y/o doctores	Consulta con su médico de cabecera para tratar un padecimiento o una enfermedad	\$0 Copago por visita 0% Coaseguro después de haber llegado al deducible.	No Cubierto.	Ninguna.
	Consulta con un especialista	\$0 Copago por visita 0% Coaseguro después de haber llegado al deducible.	No Cubierto.	Ninguna.
	Consulta con otro proveedor de salud	\$0 Copago por visita 0% Coaseguro después de haber llegado al deducible.	No Cubierto.	Ninguna.
	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)	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Radiología e Imagen (TAC/PET, resonancia magnética)	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	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.

Valor Mínimo– Plan de Salud de Grupo

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que el plan cubre y los costos correspondientes

Período de Cobertura: 01/01/2018 – 12/31/2018

Cobertura: Individual/Familiar | Tipo de Plan: “PPO”

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 necesita medicamentos para tratar su enfermedad o padecimiento. Para mayor información visite: www.rxvalet.com .	Medicamentos genéricos	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Insulina (diabetes)	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Medicamentos especiales y de cierta marca	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Medicamentos preventivos	Sin Costo.	No Cubierto.	Ninguna.
En caso de cirugía ambulatoria	Cuota del hospital (centro de cirugía ambulatoria)	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Tarifa del médico y/o cirujano	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Servicio de la sala de emergencias	No se cubre si no es emergencia: 0% Coaseguro después de haber llegado al deducible		No se cubre si no es emergencia.
	Transporte médico de emergencia	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible		Ninguna.
	Cuidado Intensivo	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Cuota del hospital (habitación)	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Tarifa del médico y/o cirujano	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de conducta	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Hospitalización por salud mental y de conducta	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Servicio ambulatorio por abuso de sustancias	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	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.

Valor Mínimo– Plan de Salud de Grupo

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que el plan cubre y los costos correspondientes

Período de Cobertura: 01/01/2018 – 12/31/2018

Cobertura: Individual/Familiar | Tipo de Plan: “PPO”

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
	Hospitalización por abuso de sustancias	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
Si está embarazada	Cuidado prenatal y de posparto	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Los gastos por complicación de parto están incluidos. Visitas prenatales y ciertas pruebas de sangre prenatales, al igual que la prueba de detección e intervención de tabaquismo estarán cubiertas bajo el Cuidado Preventivo.
	Parto y los servicios de hospitalización	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
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	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Servicios de rehabilitación	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Servicios de habilitación	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Cuidado especializado de enfermería	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Equipo o instrumental médico	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
	Cuidado de hospicio	0% Coaseguro después de haber llegado al deducible	No Cubierto.	Ninguna.
Si su hijo/hija necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista		No Cubierto.	No Cubierto.
	Lentes o anteojos		No Cubierto.	No Cubierto.
	Chequeo dental		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 <u>no cubiertos o excluidos</u>)		
• Acupuntura	• Cirugía estética	• Cuidado dental
• Cuidado Auditivo	• Tratamientos por infertilidad	• Cuidado neuropático
• Atención de no emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos	• Cuidado rutinario de la vista	• Cuidado rutinario de los pies
• Programas para la pérdida de peso		

Otros Servicios Cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan o su póliza para obtener otros servicios cubiertos y sus precios.)		
• Aborto	• Cirugía bariática	• Quiropráctico
• Diálisis	• Tratamiento psiquiátrico y por abuso de sustancias	• Trasplante de órganos
• Servicios privados de enfermería		

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura del plan, 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 no 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 si 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	\$ 7,150
Copago	\$0
Coaseguro	\$0
Exclusiones	\$0
Total	\$7,150

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	\$5,300
Copago	\$0
Coaseguro	\$0
Exclusiones	\$0
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.

Questions and answers about the Coverage Examples:

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.