



**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.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com) o llamando al 1-800-554-4491

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	\$1,750/persona y \$5,250 /familia para proveedores preferido \$3,500/personal y \$10,500/familia por proveedores no preferido No se aplica a la atención preventiva, oficina cirugía, terapia si se ha completado en la oficina del doctor, diagnóstica prueba si se ha completado en drogas de oficina y prescripción de médico.	Usted debe pagar todos los gastos hasta el monto <b>deducible</b> antes de que este plan comienza a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Revise su póliza o plan de documento para ver cuando empieza el <b>deducible</b> por (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Vea la tabla en la página 2 para cuánto paga por los servicios cubiertos después conociste el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	No tienes que cumplir con deducibles para servicios específicos, pero ver la tabla que indica en la página 2 para otros costos para este plan cubre los servicios.
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. \$4,750/ persona y \$12,700/familia por proveedores preferido y \$9,500/persona \$28,500/familia por proveedores no preferido	<b>de límite de bolsillo</b> es lo más que podía pagar durante un periodo de cobertura (generalmente un año) para su participación en los gastos de los servicios cubiertos. Este límite ayuda a plan para gastos médicos.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Sanciones impuestas por el plan. Los gastos debido a ser reembolsado por cualquier otro plan de grupo cuando este plan es primaria. Las primas, los	Aun cuando usted paga estos gastos, no cuentan hacia <b>el límite de su propio bolsillo</b> .

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

	cargos facturados por el equilibrio y salud este plan no cubre.	
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?	No.	La tabla a partir de la página 2 describe ningún límite en lo que el plan pagará por los servicios cubiertos específicos, tales como visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Vea <a href="http://www.medcost.com">www.medcost.com</a> o llame al 1-800-824-7406 o <a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a> o 1-800-371-4803 para obtener una lista de proveedores participantes.	Si utilizas un médico dentro de la red u otro <b>proveedor</b> de cuidado de la salud, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta, que su médico dentro de la red u hospital puede utilizar un <b>proveedor</b> fuera de la red para algunos servicios. Planes de usan el término dentro de la red, recomendado: o participante para los <b>proveedores</b> en su red. Vea la tabla en la página 2 para cómo este plan paga diferentes tipos de <b>proveedores</b> .
¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ?	Lol No necesita una remisión a un especialista.	Puedes ver al <b>especialista</b> que elige sin permiso de este plan.
¿Hay algún <u>servicio(s)</u> que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 4. Ver el documento política o plan para obtener información adicional sobre los <b>servicios excluidos</b> .



- **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** que participan cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

# Old North State Masonry: Plan Alto

Duración de la póliza: 05/01/2015 – 04/30/2016

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

Cobertura de: Individuo + Familia | Tipo de plan: PPO

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
<b>Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico</b>	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$25 Copago/ Visita	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Consulta con un especialista	\$50 Copago Visita	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Consulta con otro proveedor de la salud	Copago de \$50 por visita atención urgente	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin Cargo	No Cubiertos	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
<b>Si tiene que hacerse un examen</b>	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copay if completed in physician's office, otherwise 20% coinsurance.	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable. Podrá aplicar pena de pre-certificación.

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

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
<b>Si necesita un medicamento</b>  Para más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos</u></b> visite <a href="#">www.[insert].</a>	Medicamentos genéricos	Copago de \$10 para retail y copago de \$20 por correo/receta	No Cubiertos	Cubre hasta un suministro de 30 días (prescripción de venta por menor); 31-90 días de suministro (prescripción de pedido por correo)
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$45 para retail y copago de \$90 por correo/receta	No Cubiertos	Cubre hasta un suministro de 30 días (prescripción de venta por menor); 31-90 días de suministro (prescripción de pedido por correo)
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$60 para retail y copago de \$120 por correo/receta	No Cubiertos	Cubre hasta un suministro de 30 días (prescripción de venta por menor); 31-90 días de suministro (prescripción de pedido por correo)
	Medicamentos especiales	Copago de \$60 para retail y copago de \$120 por correo/receta	No Cubiertos	Cubre hasta un suministro de 30 días (prescripción de venta por menor); 31-90 días de suministro (prescripción de pedido por correo)
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (clínica)	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Tarifa del médico/cirujano			

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

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
<b>Si necesita atención inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	\$500 Copago Visita	\$500 Copago Visita	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Traslado médico de emergencia	40% de coaseguro	60% de coaseguro	
	Cuidado urgente	Copago de \$75 por visita	Copago de \$75 por visita	
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Certificación previa necesaria, puede aplicar la pena.
	Tarifa del médico/cirujano	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$25 Copago/ Visita	30% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable. Podrá aplicar pena de pre-certificación.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$25 Copago/ Visita	30% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable. Podrá aplicar pena de pre-certificación.
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y post parto	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Parto y todos los servicios de internación	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

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

Cobertura de: Individuo + Familia | Tipo de plan: PPO

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
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Podrá aplicar pena de pre-certificación.
	Servicios de rehabilitación	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Servicios de recuperación de las habilidades	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Cuidado de enfermería especializado	40% de coaseguro	60% de coaseguro	60 visita máximo por año. Podrá aplicar pena de pre-certificación.
	Equipo médico duradero	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable.
	Cuidado de hospicio	40% de coaseguro	60% de coaseguro	Porcentaje de la cantidad habitual y razonable. Podrá aplicar pena de pre-certificación.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista	Sin Cargo	No Cubiertos	-----nada-----
	Anteojos	No Cubiertos	No Cubiertos	-----nada-----
	Consulta dental	Sin Cargo	No Cubiertos	-----nada-----

## 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.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de la quiropráctica</li> <li>Audífonos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería privada</li> <li>Cuidado de rutina de la vista (adulto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Más cobertura fuera de los Estados Unidos. Ver <a href="http://www.myCoreSource.com">www.myCoreSource.com</a></li> </ul>

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

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

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adulto)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas de pérdida de peso

## Sus quejas y apelaciones derechos

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con la negación de cobertura para reclamaciones bajo su plan, podrá al archivo una queja o apelación. Para preguntas acerca de sus derechos, este aviso o asistencia, puede contactar con: CoreSource al 1-800-554-4491.

## Sus derechos a continuar la cobertura:

\*\* La cobertura de salud del grupo muestra – si pierde la cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que permiten mantener la cobertura de salud. Ninguno de dichos derechos puede ser limitada en su duración y requerirá que usted pague una prima, que puede ser significativamente mayor que la prima que usted paga mientras cubierto bajo el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones a sus derechos a continuar la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-554-4491. También puede comunicarse con su departamento de seguros del estado, el Departamento de trabajo, empleados beneficios Security Administration al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos al 1-877-267-2323 x 61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## ¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La ley de asistencia asequible requiere mayoría de la gente a tener cobertura de atención médica que califica como "cobertura mínima esencial." Este plan o política que cumpla con una cobertura mínima indispensable.

## ¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

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

**Cobertura de:** Individuo + Familia | **Tipo de plan:** PPO

---

El Affordable Care Act establece un estándar mínimo valor de los beneficios de un plan de salud. El valor mínimo estándar es de 60% (valor actuarial). Esta cobertura de salud cumplen la norma valor mínimo para los beneficios que proporciona.

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

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar 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: \$7,540
- El plan paga: \$3,420
- Usted paga: \$4,120

#### Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,750
Copagos	\$20
Coseguro	\$2,200
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$4,120</b>

### Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$2,760
- Usted paga: \$2,640

#### Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,750
Copagos	\$440
Coseguro	\$370
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$2,640</b>

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.

## 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.

**Preguntas:** Llame al 1-800-554-4491 o visite [www.MyCoreSource.com](http://www.MyCoreSource.com).

Si no está claro acerca de cualquiera de los términos subrayados utilizados en este formulario, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-877-267-2323 x 61565 para solicitar una copia.