



# City of Marco Island

---

Estimado Empleado,

Nos complace en proporcionarle el Summary of Benefits & Coverage (SBC) que está adjunto al plan médico ofrecido a los participantes elegibles para el plan anual que comienza el 1 de Noviembre, 2016 y termina el 31 de Octubre, 2017.

Por favor, tome en cuenta que un SBC está disponible para el plan ofrecido a los participantes del grupo y a sus dependientes elegibles. El SBC sigue un formato prescrito que ha sido establecido bajo la legislación de Reforma de Salud y delinea detalladamente los beneficios de cada plan médico con definiciones y descripciones.

El SBC está disponible para el plan siguiente:

<b>Compañía de Seguro</b>	<b>Nombre de Plan</b>
United Healthcare	Choice Plus Plan 003

Por favor, consulte el SBC para más información sobre las responsabilidades con respecto a los costos como deducibles, copagos y co-seguro, y sobre la red seleccionada. Copias impresas del SBC y el glosario estándar están disponibles en la oficina de Recursos Humanos sin cargo alguno. Llame al Departamento de Recursos Humanos a (239) 389-3970 para pedir una copia del SBC o si tiene preguntas adicionales.

Sinceramente,  
Leslie W. Sanford  
HR Administrator /Grants Coordinator

**Este es solo un resumen.** Si desea conocer más detalles sobre su cobertura y sus costos, puede obtener las condiciones completas en el documento del plan o de la póliza en [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com) o llamando al 1-866-633-2446.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la Red: <b>\$500</b> Individual / <b>\$1,000</b> Familia Fuera de la Red: <b>\$1,000</b> Individual / <b>\$2,000</b> Familia. Por año calendario. Los copagos, medicamentos de venta con receta y servicios que se detallan a continuación como “Sin Cargo” no se aplican al <u>deducible</u> .	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el <u>deducible</u> para que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte el documento de su póliza o plan para ver cuándo vuelve a comenzar el <u>deducible</u> (generalmente, pero no siempre, en Enero 1). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cuánto pagará por servicios cubiertos después de cumplir con el <u>deducible</u> .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer los costos de otros servicios que cubre este plan.
¿Hay un <u>límite de desembolso personal</u> en mis gastos?	Dentro de la Red: <b>\$2,500</b> Individual / <b>\$5,000</b> Familia Fuera de la Red: <b>\$5,000</b> Individual / <b>\$10,000</b> Familia	El <u>límite de desembolso personal</u> es lo máximo que usted podría pagar durante el período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a prever los gastos de atención de salud.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso personal</u> ?	<u>Prima</u> , cargos facturados por el saldo, atención de salud que este plan no cubre y recargos por no obtener autorización previa para recibir servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso personal</u> .
¿Hay un límite anual total en lo que paga el plan?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites en lo que pagará el plan por servicios cubiertos específicos como visitas al consultorio.
¿Este plan usa una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para ver una lista de los <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://myuhc.com">myuhc.com</a> o llame al 1-866-633-2446.	Si va a un médico o a otro <u>proveedor</u> de atención de la salud dentro de la red, este plan pagará la totalidad o parte de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red podría usar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. Para referirse a los proveedores participantes de sus redes, los planes usan los términos <u>proveedores</u> dentro de la <u>red</u> , <u>preferidos</u> o participantes. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo paga este plan a diferentes tipos de <u>proveedores</u> .
¿Necesito ser referido para ir a un especialista?	No.	Puede ir al <u>especialista</u> que desee sin el permiso de este plan.
¿Hay servicios que este plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 5. Consulte el documento de su Póliza o plan para ver más información sobre <u>servicios excluidos</u> .

**Preguntas:** Llame al 1-866-633-2446 o visítenos en [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com). Si tiene alguna duda sobre los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/uniform-glossary-final.pdf](http://cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/uniform-glossary-final.pdf) o llamar al número de arriba para solicitar una copia.

**Este es solo un resumen.** No modifica de ningún modo los beneficios que se describen en la documentación de su plan. Para conocer las condiciones completas de este plan, consulte los documentos de su plan que le entregó su empresa.

- Los **copagos** son cantidades fijas de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por atención de la salud cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coaseguro** es *su* parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** por el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan por pasar una noche en el hospital es de \$1,000, su pago del **coaseguro** del 20% sería de \$200. Esta cantidad podría cambiar si usted no ha cumplido con su **deducible**.
- La cantidad que paga el plan por servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red le cobra \$1,500 por una noche en el hospital y la **cantidad permitida** es de \$1,000, es posible que usted deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se le llama **facturación del saldo**.)
- Es posible que este plan le cobre **deducibles**, **copagos** y **coaseguros** más bajos para alentarlos a usar **proveedores** dentro de la red.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Su Costo si Usa un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Usa un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de atención de la salud	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$20 por visita	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coaseguros adicionales.
	Visita a un especialista	Copago de \$40 por visita	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coaseguros adicionales.
	Visita a otro consultorio médico	Copago de \$20 por visita	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se aplican costos compartidos solo para servicios manipulativos (quiropáticos) y se limitan a 20 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin Cargo	Sin Cobertura	Incluye servicios de atención preventiva especificados en la ley de reforma del cuidado de la salud. Sin cobertura fuera de la red.
Si le realizan un examen	Examen de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Sin Cargo	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para estudios del sueño fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Nivel 1: Su Opción de Menor Costo	Venta al por Menor: Copago de \$10 Pedido por Correo: Copago de \$25	Venta al por Menor: Copago de \$10	A los efectos de esta sección, proveedor significa farmacia. Venta al por Menor: Un suministro de hasta 31 días.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Su Costo si Usa un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Usa un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
Para obtener más información sobre la <b>cobertura de medicamentos de venta con receta</b> , visite <a href="http://myuhc.com">myuhc.com</a>	Nivel 2: Su Opción de Costo Medio	Venta al por Menor: Copago de \$35 Pedido por Correo: Copago de \$87.50	Venta al por Menor: Copago de \$35	Pedido por Correo: Un suministro de hasta 90 días. Es posible que necesite obtener ciertos medicamentos, incluyendo ciertos medicamentos especializados, de una farmacia que designemos. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de autorización previa que, de no cumplirse, estén sujetos a un costo mayor. Si usa una farmacia fuera de la red (incluyendo una de pedido por correo), usted es responsable de cualquier cantidad que exceda la cantidad permitida. Es posible que deba usar un(os) medicamento(s) de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos de venta con receta. Si un medicamento suministrado tiene un medicamento químicamente equivalente en un nivel inferior, se puede aplicar la diferencia de costo entre los medicamentos además de cualquier Copago v/o Coaseguro correspondiente. Los anticonceptivos del Nivel 1 están cubiertos Sin Cargo. Visite el sitio de Internet mencionado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su plan. No todos los medicamentos están cubiertos.
	Nivel 3: Su Opción de Mayor Costo	Venta al por Menor: Copago de \$60 Pedido por Correo: Copago de \$150	Venta al por Menor: Copago de \$60	
	Nivel 4: Opciones Adicionales de Alto Costo	No Corresponde	No Corresponde	
<b>Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de sala de emergencias	Copago de \$150 por visita	Copago de \$150 por visita	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	*Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	*Se aplica el deducible Dentro de la Red
	Atención de urgencia	Copago de \$50 por visita	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Si recibe otros servicios además de la atención de urgencia, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coaseguros adicionales.
<b>Si es hospitalizado</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Su Costo si Usa un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Usa un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Ninguna
<b>Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios de salud mental/conductual para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Servicios de salud mental/conductual para pacientes hospitalizados	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para recibir ciertos servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
<b>Si está embarazada</b>	Atención prenatal y posnatal	Sin Cargo	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Es posible que se apliquen copagos, deducibles o coaseguros adicionales según los servicios prestados.
	Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizadas	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Es posible que se aplique el requisito de autorización previa para pacientes hospitalizados.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	Atención de salud en el hogar	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se limita a 60 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$20 por visita como paciente ambulatorio	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Límites por año calendario: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla: 20 visitas; rehabilitación cardíaca: 36 visitas; rehabilitación pulmonar: 20 visitas. Se requiere autorización previa para recibir fisioterapia, terapia ocupacional y del habla fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Servicios habilitativos	Copago de \$20 por visita como paciente ambulatorio	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Los límites se combinan con los Servicios de Rehabilitación que se indican más arriba. Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Su Costo si Usa un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Usa un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
	Atención de enfermería especializada	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se limita a 60 días por año calendario. (combinados con rehabilitación para pacientes hospitalizados). Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
	Equipo médico duradero (DME)	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para DME fuera de la red que exceda los \$1,000; de lo contrario, sin cobertura. Cubre 1 por tipo de DME (incluido el reemplazo/la reparación) cada 3 años.
	Servicios de cuidados paliativos	Coaseguro del 10% después de cumplir con el deducible	Coaseguro del 30% después de cumplir con el deducible	Se requiere autorización previa para recibir servicios fuera de la red como paciente hospitalizado o el beneficio se reduce al 50% de los gastos elegibles.
<b>Si su hijo necesita cuidado de la vista</b>	Examen de la vista	Pagará un copago de \$20, entonces 100% cobertura de gastos elegible	Coaseguro de 30% después del deducible	Un examen de la vista de rutina, incluyendo la refracción, para detectar el examen de la vista de rutina de deterioro de visión está limitado a 1 cada otro año.
	Anteojos	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin cobertura para anteojos.
	Examen dental	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin cobertura para exámenes dentales.

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

<b>Servicios que Su Plan NO Cubre</b> (Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su póliza o plan para ver otros <u>servicios excluidos</u> .)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Cirugía estética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado dental (Adultos/Niños)</li> <li>Anteojos (Adultos/Niños)</li> <li>Tratamiento para la infertilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a largo plazo</li> <li>Atención de no emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos</li> <li>Enfermería de práctica privada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado rutinario de los pies</li> <li>Programas para bajar de peso</li> </ul>
<b>Otros Servicios Cubiertos</b> (Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su póliza o plan para ver otros servicios cubiertos y sus costos por estos servicios.)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención quiropráctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aparatos auditivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado rutinario de la vista (Adultos/Niños)</li> </ul>	

## Sus Derechos a Continuar con la Cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, según las circunstancias, las leyes Federales y Estatales podrían proveer protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Todo derecho de ese tipo podría estar limitado en cuanto a su duración y le exigirá que usted pague una **prima**, que podría ser significativamente mayor que la **prima** que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible que también se apliquen otras limitaciones a sus derechos a continuar con la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-866-747-1019. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de reclamos emitida por su plan, tal vez pueda apelar o presentar una queja formal. Si tiene preguntas sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, puede comunicarse con el Departamento de Servicios a los Miembros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o visitar [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Para encontrar una lista de los estados que ofrecen Programas de Asistencia al Consumidor (Consumer Assistance Programs), visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

## ¿Esta Cobertura Brinda Cobertura Esencial Mínima?

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

## ¿Esta Cobertura Cumple con el Estándar de Valor Mínimo?

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

## Servicios de Acceso a Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-633-2446.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-633-2446.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-633-2446.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-633-2446.

-----Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la página siguiente.-----

## Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo podría cubrir este plan la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un paciente si está cubierto por diferentes planes.



**Esto no es un estimador de costos.**

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales en este plan. La atención real que reciba será diferente y el costo de esa atención también será diferente.

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

### Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$7,540
- El plan paga \$6,220
- El paciente paga \$1,320

**Ejemplo de costos de la atención:**

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica rutinaria	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos de venta con receta	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otras medidas preventivas	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

**El paciente paga:**

Deducibles	\$500
Copagos	\$20
Coaseguro	\$500
Límites o exclusiones	\$200
<b>Total</b>	<b>\$1,220</b>

### Controlar la diabetes tipo 2 (mantenimiento rutinario de una condición bien controlada)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$5,400
- El plan paga \$4,020
- El paciente paga \$1,380

**Ejemplo de costos de la atención:**

Medicamentos de venta con receta	\$2,900
Suministros y Equipos Médicos	\$1,300
Visitas al Consultorio y Procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otras medidas preventivas	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

**El paciente paga:**

Deducibles	\$200
Copagos	\$1,200
Coaseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$40
<b>Total</b>	<b>\$1,440</b>

## Preguntas y respuestas sobre los Ejemplos de Cobertura:

<p><b>¿Cuáles son algunas de las suposiciones detrás de los Ejemplos de Cobertura?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los costos no incluyen las <b>primas</b>.</li> <li>• Los ejemplos de costos de atención se basan en promedios nacionales suministrados al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no son específicos de un área geográfica ni de un plan de salud en particular.</li> <li>• La condición del paciente no era una condición preexistente o excluida.</li> <li>• Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo período de cobertura.</li> <li>• No hay ningún otro gasto médico de ningún miembro cubierto por este plan.</li> <li>• Los gastos de desembolso personal se basan únicamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.</li> <li>• El paciente recibió toda la atención de <b>proveedores</b> dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido atención de <b>proveedores</b> fuera de la red los costos habrían sido mayores.</li> <li>• Si no se trata de una cobertura individual, la cantidad que Paga el Paciente podría ser mayor.</li> </ul>	<p><b>¿Qué muestra un Ejemplo de Cobertura?</b></p> <p>Para cada situación de tratamiento, el Ejemplo de Cobertura le permite ver cuánto pueden representar los <b>deducibles</b>, <b>copagos</b> y <b>coaseguros</b>. También le ayuda a ver qué gastos podrían quedarle para pagar a usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago está limitado.</p>	<p><b>¿Puedo usar los Ejemplos de Cobertura para comparar planes?</b></p> <p>✓ <b>Sí.</b> Cuando examine el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos Ejemplos de Cobertura. Cuando compare planes, revise la casilla “El Paciente Paga” en cada ejemplo. Cuanto menor sea esa cifra, mayor será la cobertura que proporciona el plan.</p>
<p><b>¿El Ejemplo de Cobertura predice mis propias necesidades de atención?</b></p> <p>✗ <b>No.</b> Los tratamientos reflejados son solamente ejemplos. La atención que usted recibiría por esta condición podría ser diferente según el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.</p>	<p><b>¿El Ejemplo de Cobertura predice mis futuros gastos?</b></p> <p>✗ <b>No.</b> Los Ejemplos de Cobertura <b>no</b> son estimadores de costos. No puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Solo se pueden usar con fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes según la atención que usted reciba, los precios que le cobren sus <b>proveedores</b> y el reembolso que permita su plan de salud.</p>	<p><b>¿Hay otros costos que debería tener en cuenta a la hora de comparar planes?</b></p> <p>✓ <b>Sí.</b> Un costo importante es la <b>prima</b> que usted paga. Por lo general, cuanto más baja sea su <b>prima</b>, más pagará en costos de desembolso personal, como <b>copagos</b>, <b>deducibles</b> y <b>coaseguros</b>. También debería tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para la salud (HSA), cuentas de gastos flexibles (FSA) o cuentas de reembolso de salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de desembolso personal.</p>

**Preguntas:** Llame al 1-866-633-2446 o visítenos en [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com). Si tiene alguna duda sobre los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/uniform-glossary-final.pdf](https://cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/uniform-glossary-final.pdf) o llamar al número de arriba para solicitar una copia. **Este es solo un resumen.** No modifica de ningún modo los beneficios que se describen en la documentación de su plan. Para conocer las condiciones completas de este plan, consulte los documentos de su plan que le entregó su empresa.