



**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.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com) o llamando al 1-855-633-4392


Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	\$0	Revise la gráfica en la pagina 2 para los costos de los servicios que su <b>plan</b> cubre-
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No	Usted no tiene que cubrir <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero revise la gráfica en la página 3 para ver los costos de otros servicios que le cubre el <b>plan</b> .
¿Hay un <b>límite para desembolso para mis gastos</b> ?	Si. \$4,000 Individual/ \$8,000 Familiar	El <b>límite de desembolso</b> es lo máximo que usted pagará durante un período cubierto (usualmente un año) por la parte que le corresponde de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planear sus gastos por sus cuidados de salud.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <b>límite de mis desembolsos</b> ?	<b>Primas</b> y cuidados de salud que su <b>plan</b> no le cubre.	A pesar de que usted pague estos gastos, estos no cuentan para su <b>límite de desembolso</b> .
¿Hay un límite anual global para lo que paga el <b>plan</b> ?	No	La gráfica que inicia en la página 2 describe los límites de lo que el <b>plan</b> pagará por servicios específicos cubiertos, tales como visitas al consultorio del médico.
¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para obtener una lista de los <b>proveedores preferidos</b> vea <a href="http://www.mediexcel.com">www.mediexcel.com</a> o llame 1-855-633-4392	Si usted utiliza a un doctor o <b>proveedor de salud</b> que esté <b>dentro de la red</b> , el <b>plan</b> pagará algunos de los costos de los servicios cubiertos. Es posible que un médico u hospital que este <b>dentro de la red</b> utilice a un <b>proveedor que no esté en la red</b> para algunos servicios. Los planes usan los términos <b>dentro de la red, preferidos</b> o participantes para los <b>proveedores</b> que están en su <b>red</b> . Vea la gráfica que inicia en la página 2 para saber cómo le paga el <b>plan</b> a diferentes tipos de <b>proveedores</b> .
¿Necesito una referencia para ver un <b>especialista</b> ?	Sí. MediExcel Health Plan sugiere que usted reciba los <b>Servicios de un especialista a través de una referencia de su Médico Personal</b> .	Este <b>plan</b> pagará una parte o el total de los costos de los servicios cubiertos para ver a un <b>especialista</b> , pero solamente si usted tiene permiso del <b>plan</b> antes de ver al <b>especialista</b> .

**Preguntas:** Llame al 1-855-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf)

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

¿Hay servicios que el plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que no le cubre este <b>plan</b> están listados en la página 4. Vea su póliza o documento del <b>plan</b> para información adicional acerca de <b>servicios excluidos</b> .
--------------------------------------	-----	--

-  **Copago** es una cantidad fija en dólares (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**.
- La cantidad que el **plan** paga por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor fuera de la red** le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital **fuera de la red** le cobra por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (Esto es llamado **saldo facturable**.)
- Este plan le cobrará **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos por utilizar a los **proveedores preferidos**.

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico primario para tratar una condición o herida	\$15 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Consulta con un especialista	\$40 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$15 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No cubierto	-----ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$40/radiografías \$20/análisis de sangre	No cubierto	Requiere autorización previa
	Imágenes (TAC/TEP scan, IRM)	\$150	No cubierto	Requiere autorización previa
	Nivel 1 (Mayormente genéricos y marcas preferidas de bajo costo)	\$5 copago/ medicamento	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días
	Nivel 2 (Mayormente genéricos no preferidos y marcas preferidas)	\$15 copago/ medicamento	No cubierto	Ciertos medicamentos serán cubiertos a diferente costo
	Nivel 3 (Mayormente marcas no preferidas)	\$25 copago/ medicamento	No cubierto	De acuerdo con los lineamientos del formulario

llame al 1-800-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Para los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf)

llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

# MediExcel Health Plan: **Platinum Mirror Plan**

Período de Cobertura: A partir de 1/1/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que le cuesta

Cobertura de: Familia | Tipo de plan: HMO

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
<p><b>Si necesita un medicamento</b></p> <p>Para más información sobre la <b>cobertura de medicamentos</b>, llame al 1-855-633-4392</p>	Nivel 4 (Limitado a farmacias de especialidad y auto-administrados; con costo del Plan mayores a \$600)	10% coseguro hasta \$250 por medicamento	No cubierto	Medicamentos orales anti-cancerígenos no excederán \$200
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Cargo por uso de la clínica	\$250 copago/visita	No cubierto	Requiere autorización previa
	Tarifa del médico/cirujano	\$40 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----

**Preguntas:** Llame al 1-855-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf)

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
<b>Si necesita atención inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	\$150 copago/visita	\$150 copago/visita	<b>Sin costo</b> si esta admitido en el hospital.
	Traslado médico de emergencia	\$150 copago	\$150 copago	<b>Coseguro</b> aplica al episodio completo de servicios de cuidados de emergencia.
	Cuidado urgente	\$15 copago/visita	\$15 copago/visita	-----ninguna-----
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	\$250 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	Requiere autorización previa
	Tarifa del médico/cirujano	\$40 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$15 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta otros artículos y servicios	\$15 copago	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$250 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	Requiere autorización previa
	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta/Tarifa del médico/cirujano	\$40 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$15 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias otros artículos y servicios	\$15 copago	No cubierto	-----ninguna-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$250 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	Requiere autorización previa
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias tarifa del médico/cirujano	\$40 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo	No cubierto	-----ninguna-----
	Parto y todos los servicios de internación	\$290 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	-----ninguna-----

**Preguntas:** Llame al 1-855-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf)

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

Eventos Médicos Comunes	Los Servicios Que Usted Podría Necesitar	Sus Costos si Usted Usa		Limitaciones y Excepciones
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$20 copago/visita	No cubierto	Únicamente cuidados postoperatorios en el hogar
	Servicios de rehabilitación	\$15 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$15 copago/visita	No cubierto	-----ninguna-----
	Cuidado de enfermería especializado	\$150 copago/día, hasta 5 días	No cubierto	-----ninguna-----
	Equipo médico duradero	10% <b>coseguro</b>	No cubierto	-----ninguna-----
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	No cubierto	Requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	No cubierto	-----ninguna-----
	Anteojos	Sin cargo	No cubierto	Un par de lentes por año, hasta los 19 años de edad
	Revisión o chequeo dental	Sin cargo	No cubierto	Limitado a Profilaxis (limpieza) cada 6 meses y planeación de tratamiento odontológico. Ver divulgación de beneficios dentales de pediatría para información adicional de la cobertura y beneficios de servicios.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su <u>Plan</u> NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> para otros servicios excluidos)		
<input type="checkbox"/> Quiropráctico	<input type="checkbox"/> Tratamiento Dental (Adulto)	<input type="checkbox"/> Enfermera privada
<input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética	<input type="checkbox"/> Prótesis Auditivas	<input type="checkbox"/> Servicios que no son <b>medicamente necesarios</b>
<input type="checkbox"/> Atención que no sea de emergencia en USA	<input type="checkbox"/> Cuidados de largo plazo	<input type="checkbox"/> Cuidados de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Programas para perder peso
<input type="checkbox"/> Tratamientos para Infertilidad		

**Preguntas:** Llame al 1-855-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf)

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

## Su Derecho para Continuar con la Cobertura:

Si usted pierde cobertura en su **plan**, entonces, dependiendo de las circunstancias, leyes Federales y Estatales le pueden proveer protección que le permita mantener su cobertura de salud. Estos derechos pueden ser por tiempo limitado y requerirán que usted pague una **prima**, la cual puede ser significativamente más alta que la **prima** que usted pagaba mientras tenía cobertura de su **plan**. Es posible que apliquen otras limitaciones en sus derechos a continuar la cobertura.

Para mayor información de sus derechos para continuar la cobertura, contacte al **plan** al 1-855-633-4392. También puede contactar a su departamento de seguros del estado, al Departamento del Trabajo de Estados Unidos, Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o al Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Su Derecho a una Queja o 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**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con al 1-855-633-4392. Adicionalmente, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su **apelación**. Contacte al Departamento de Salud Administrada de California al 1 (888) 466-2219.

## ¿Provee esta Cobertura la Cobertura Esencial Mínima?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza ofrece una cobertura esencial mínima.**

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

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

## Servicios de Acceso a los Idiomas:

English (Ingles): To obtain assistance in English, call 1-855-633-4392.

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

**Preguntas:** Llame al 1-855-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf) o llame al 1-800-633-4392 y pida 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 si está cubierto bajo 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: **\$6,775**
- Usted paga: **\$765**

#### Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebe)	\$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	\$0
Copagos	\$615
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$765</b>

### Control de la diabetes Tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: **\$5,400**
- El plan paga: **\$4,340**
- Usted paga: **\$490**

#### Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios 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	\$0
Copagos	\$280
Coseguro	\$130
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$490</b>

**Preguntas:** Llame al 1-855-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf)

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.

## Preguntas y respuestas sobre los Ejemplos de Cobertura:

### ¿Qué conceptos se presuponen de los Ejemplos de Cobertura?

- J Los costos no incluyen las **primas**.
- J Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y no son específicos para una zona geográfica o un plan de salud.
- J La condición del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- J Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- J No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este **plan**.
- J Los **gastos de desembolso** están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- J El paciente recibió todos los servicios de **proveedores de la red**. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores fuera de la red**, los costos hubieran sido más altos.
- J Los pagos del plan y del paciente están basados en una sola persona inscrita en el **plan**.

### ¿Qué muestra el Ejemplo de Cobertura?

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 de Cobertura 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 de Cobertura 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 de Cobertura 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 de desembolso.

**Preguntas:** Llame al 1-855-633-4392 o visite [www.mediexcel.com](http://www.mediexcel.com)

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf)

o llame al 1-800-633-4392 y pida una copia.