



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.alamedaalliance.org o llamando al 1-877-932-2738

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$0	Vea la tabla que empieza en la página 2 para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles por servicios específicos, pero vea la tabla que empieza en la página 2 para conocer otros costos por los servicios que cubre este plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	No.	No hay límite para cuánto podría pagar usted durante el periodo de cobertura por concepto de la parte que tiene que pagar de los costos de los servicios cubiertos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Este plan no tiene un límite de gastos del bolsillo .	No se aplica porque no hay un límite de gastos del bolsillo para sus expensas.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	La tabla de la página 2 describe los límites de lo que el plan pagará por concepto de servicios cubiertos <i>específicos</i> , como consultas en el consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Visite www.alamedaalliance.org o llame al 1-877-932-2738 para ver una lista de los proveedores participantes.	El plan utiliza el término “en la red” o “proveedor del plan” para los proveedores de la red de Alameda Alliance. Si usted va con un médico u otro proveedor de atención médica de la red, el plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Usted debe obtener una autorización previa del plan antes de ver a un proveedor fuera de la red, excepto cuando necesite servicios de emergencia o cuidados de urgencia. Vea la tabla de la página 2 para saber cómo este plan le paga a diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	Sí.	Este plan cubrirá algunos o todos los costos de ver a un especialista para servicios cubiertos, pero sólo si usted tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista . Su médico personal lo remitirá a un especialista de la red para todos los servicios cubiertos médicamente necesarios que el médico no pueda proporcionar. Vea el Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre las remisiones.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enlistan en la página 5. Vea el Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los servicios excluidos.

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org

o llame al 1-877-932-2738 y pida una copia.

Número de control OMB 1545-2229,
1210-0147 y 0938-1146

1 de 9 - Spanish

Corrected on May 11, 2012



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

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
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$10 por consulta a domicilio o en consultorio	Sin cobertura	————ninguno————
	Consulta con un especialista	\$10 por consulta	Sin cobertura	————ninguno————
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$5 por consulta de acupuntura y \$10 por consulta de servicios quiroprácticos	Sin cobertura	La cobertura se limita a 10 consultas de acupuntura por año de beneficios y 20 consultas de servicios quiroprácticos por año de beneficios.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargos	Sin cobertura	————ninguno————
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargos	Sin cobertura	————ninguno————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargos	Sin cobertura	————ninguno————

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org

o llame al 1-877-932-2738 y pida 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
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.[insert].	Medicamentos genéricos	\$10 por receta médica	Sin cobertura	Sin cobertura para: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de investigación o experimentales • Medicamentos para propósitos puramente estéticos • Dispositivos, suministros y medicamentos de patente o de venta libre • Medicamentos que no necesiten receta médica por escrito (excepto para la insulina) • Suplementos alimenticios, supresores del apetito o cualquier otro medicamento de dieta • Medicamentos para tratar la disfunción eréctil
	Medicamentos de marca	\$15 por receta médica para un suministro de hasta 30 días	Sin cobertura	
	Medicamentos recetados proporcionados en un entorno hospitalario en el consultorio del médico durante su consulta o en instalaciones ambulatorias durante su estancia ahí	Sin cargos	Sin cobertura	
	Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)	Sin cargos	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	Sin cargos	Sin cobertura	————ninguno————
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos	Sin cobertura	————ninguno————
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$35 por consulta (no se aplica si se le hospitaliza)	\$35 por consulta (no se aplica si se le hospitaliza)	————ninguno————
	Traslado médico de emergencia	Sin cargos	Sin cargos	————ninguno————
	Cuidado urgente	\$10 por consulta (no se aplica si se le hospitaliza)	\$10 por consulta (no se aplica si se le hospitaliza)	————ninguno————

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org

o llame al 1-877-932-2738 y pida una copia.

Alameda Alliance for Health: Programa Group Care

Duración de la póliza: **A partir del 1 de octubre de 2012**

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

Cobertura de: Grupo | Tipo de plan: HMO

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
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	\$100 por admisión; Sin cargos por embarazo y atención de la maternidad	Sin cobertura	Sin cobertura para artículos de uso personal, habitaciones privadas o los servicios de dentistas o de cirujanos bucales para procedimientos dentales.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos	Sin cobertura	ninguno
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 por consulta	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura se limita a 10 consultas por año de beneficios para servicios para pacientes ambulatorios. • La cobertura se limita a 10 días por año de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados. • No hay un límite para: esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos importantes, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del desarrollo generalizado o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$100 por admisión	Sin cobertura	
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$10 por consulta	Sin cobertura	La cobertura se limita a 10 consultas por año de beneficios. El plan puede cubrir consultas adicionales si están autorizadas por el mismo.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$100 por admisión	Sin cobertura	La cobertura se limita a 3 días.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargos	Sin cobertura	ninguno

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org

o llame al 1-877-932-2738 y pida una copia.

Alameda Alliance for Health: Programa Group Care

Duración de la póliza: **A partir del 1 de octubre de 2012**

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

Cobertura de: Grupo | Tipo de plan: HMO

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
	Parto y todos los servicios de internación	Sin cargos	Sin cobertura	ninguno
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargos	Sin cobertura	Sin cobertura por servicios no especializados, de atención a un paciente recluido o de cuidados a domicilio de acuerdo con lo definido por el plan.
	Servicios de rehabilitación	\$10 por consulta	Sin cobertura	La cobertura se limita a 60 días por afección, a partir de la fecha de su primera sesión de terapia. El plan puede cubrir terapias adicionales si están autorizadas por el mismo.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$10 por consulta	Sin cobertura	
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargos	Sin cobertura	La cobertura se limita a 100 días por año de beneficios. Sin cobertura por servicios no especializados, de atención a un paciente recluido o de cuidados a domicilio de acuerdo con lo definido por el plan.
	Equipo médico duradero	Sin cargos	Sin cobertura	Vea el Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura para consultar la lista de artículos no cubiertos.
	Cuidado de hospicio	Sin cargos	Sin cobertura	La cobertura se limita a los miembros diagnosticados con enfermedades terminales y que elijan cuidados paliativos en vez de los cuidados reconstituyentes cubiertos por el plan.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cobertura	Sin cobertura	Los dependientes no son elegibles para obtener beneficios de conformidad con este plan.
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org

o llame al 1-877-932-2738 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Revise su póliza o el documento del plan para enterarse de otros servicios excluidos.)

- Atención de los dependientes
- Cirugía bariátrica (a menos que sea médicamente necesaria)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención médica a largo plazo
- Servicio privado de enfermería (a menos que sea médicamente necesario)
- Atención dental (para adultos): consulte a la autoridad pública para obtener información sobre servicios dentales al (510) 577-3552
- Atención ocular rutinaria (para adultos): consulte a la autoridad pública para obtener información sobre servicios de la vista al (510) 577-3552
- Atención podológica de rutina
- Cirugía estética (a menos que la cirugía reconstructiva sea médicamente necesaria)
- Atención que no sea de urgencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos.
- Programas de pérdida de peso (a menos que sean médicamente necesarios)

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Revise su póliza o documento del plan para enterarse de otros servicios cubiertos y los costos que usted paga por ellos.)

- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Aparatos de corrección auditiva

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, las leyes federales y estatales pueden proporcionarle protección, según las circunstancias, que le permita conservar la cobertura de salud. Dichos derechos pueden tener limitaciones en cuanto a la duración y lo obligarán a pagar una **prima**, la cual puede ser considerablemente mayor que la prima que paga conforme a este plan. También se pueden aplicar otras limitaciones a su derecho de seguir teniendo cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a seguir teniendo cobertura, llame al plan al 1-877-932-2738. También puede llamar al departamento de seguros de su estado, la Administración de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento del Trabajo de Estados Unidos, al 1-866-444-3272 o visitar www.dol.gov/ebsa; o puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al 1-877-265-2323, ext. 61565 o visitar www.cciio.cms.gov.

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org o llame al 1-877-932-2738 y pida una copia.

Su derecho a presentar una queja o una 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 [insert contact information from instructions]

Además, puede utilizar el programa de asistencia al consumidor para realizar su apelación. Puede contactar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California en:

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814

1-888-466-2219

<http://www.healthhelp.ca.gov>

helpline@dmhc.ca.gov

Servicios en otros idiomas:

This document is available in alternative formats (Braille, audio, electronic text file, or large print). Call Alliance Member Services at 510-747-4567 (Toll Free 1-877-932-2738; CRS/TTY 711 or 1-800-735-2929).

Spanish (Traducción al español): Este documento está disponible en español. Llame a Servicios al Cliente de Alliance al 510-747-4567 ó al 1-877-932-2738; CRS/TTY 711 or 1-800-735-2929)

Chinese (中文譯文)：本文件以中文提供。致電「聯會會員服務部」：510-747-4567 或1-877-932-2738; CRS/TTY 711 or 1-800-735-2929)

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

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org o llame al 1-877-932-2738 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 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: \$7,520
- Usted paga: \$20

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
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$20

Control de la diabetes tipo 2

(mantenimiento rutinario de una afección bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$5130
- Usted paga: \$270

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
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$270
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$270

Preguntas: Llame al 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org

o llame al 1-877-932-2738 y pida 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 1-877-932-2738 o visite www.alamedaalliance.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.alamedaalliance.org

o llame al 1-877-932-2738 y pida una copia.

Glosario de términos médicos y seguros de salud

- El glosario contiene muchos de los términos médicos usados comúnmente, pero no todos. Los términos se definen con propósito educativo y pueden diferir de los que usa su plan. Algunos incluso podrían no tener el mismo significado cuando se usan en su póliza o plan, en cuyo caso debe atenerse a la definición del plan. (Vea el Resumen de Beneficios y Cobertura para averiguar cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan.)
- Las palabras en **Negritas en azul** son los términos definidos en el Glosario.
- Consulte la página 4 para un ejemplo de los **deducibles**, **coseguro** y **límites de gastos del bolsillo** aplicados a una situación real.

Cantidad aprobada

La cantidad máxima que se paga por un servicio cubierto. También se le conoce como “gasto aprobado”, “pago autorizado” o “precio negociado”. Si el **proveedor** le cobra más de esta cantidad, usted tendrá que pagar la diferencia. (Vea **Saldo de Facturación**.)

Apelación

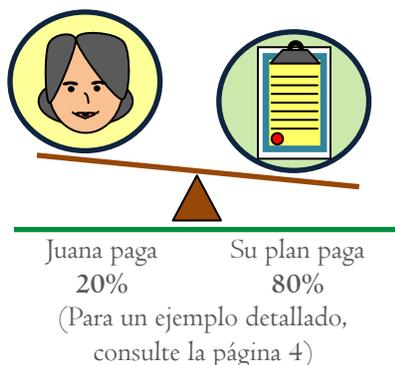
Un pedido de revisión que le hace al **plan** o a la compañía de seguro, sobre una decisión o sobre una **queja** que usted haya presentado.

Saldo de facturación

Cuando un **proveedor** le cobra la diferencia entre lo que ha facturado el proveedor y la **cantidad aprobada**. Por ejemplo, si el proveedor facturó \$100 y la cantidad aprobada es \$70, el proveedor le puede cobrar los \$30 diferencia. Un **proveedor preferido** tal vez **no** le cobre el saldo de facturación por los servicios cubiertos.

Coseguro

La parte que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Es un porcentaje (por ejemplo 20%) de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Usted paga el coseguro **más** cualquier **deducible** que deba. Por ejemplo, si la cantidad aprobada por el **seguro médico o el plan** para la visita médica es \$100 y usted ya ha pagado el deducible, el coseguro (20%) será \$20. El seguro médico pagará el resto de la cantidad aprobada.



Complicaciones del embarazo

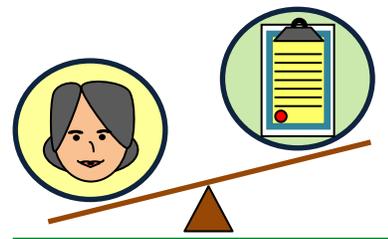
Problemas del embarazo o parto que requieren atención médica para prevenir daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas y las cesáreas que no sean de emergencia no se consideran como complicaciones del embarazo.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos. La cantidad puede variar según el tipo de servicio.

Deducible

La cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su **seguro médico** o su **plan** comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es \$1000, el plan no pagará hasta que usted haya gastado \$1000 en los servicios cubiertos a los que se aplica el deducible. No todos los servicios requieren el pago del deducible.



Juana paga 100% Su plan paga 0%

(Para un ejemplo detallado, consulte la página 4)

Equipo Médico Duradero (DME)

Equipo e insumos ordenados por su **proveedor** de servicios de la salud para su uso cotidiano o por un tiempo prolongado. La cobertura del DME puede incluir: el oxígeno, silla de ruedas, muletas o tiras de prueba para diabéticos.

Emergencia médica

Una enfermedad, herida, síntoma o afección tan grave, que la persona razonablemente buscará ayuda médica inmediata para evitar un daño grave.

Traslado por emergencia médica

Servicios de ambulancia para una [emergencia médica](#).

Atención en la sala de emergencia

[Servicios de emergencia](#) recibidos en la sala de emergencia.

Servicios de emergencia

Evaluación y tratamiento de una [emergencia médica](#) para evitar que la condición empeore.

Servicios excluidos

Los servicios médicos que su [seguro médico o su plan](#) no cubre.

Queja

Una insatisfacción que usted le comunica a su seguro médico o [plan](#).

Servicios para recuperar sus habilidades

Servicios médicos que le permiten al paciente mantener, aprender y mejorar sus destrezas y funcionamiento cotidianos. Por ejemplo, una terapia para un niño que no camina o habla como es de esperar para la edad que tiene. Los servicios pueden incluir la terapia física, ocupacional, del lenguaje y otros servicios para discapacitados, en una variedad de dependencias para pacientes internados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato por el cual su compañía de seguro paga algunos o todos sus servicios médicos por el pago de una [prima](#).

Cuidado de la salud en el hogar

Los servicios médicos que la persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio

Servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas con una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización

La atención que recibe en un hospital cuando se lo admite y generalmente tiene que pasar la noche. Una noche en el hospital para observación puede considerarse como atención ambulatoria.

Atención ambulatoria en el hospital

Los servicios médicos que recibe en el hospital pero que generalmente no requiere que pase la noche internado.

Coseguro para servicios de la red del plan

El porcentaje (por ejemplo 20%) de la [cantidad aprobada](#) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los [proveedores](#) de la salud que tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El coseguro de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el [coseguro de los servicios fuera de la red](#).

Copago para servicios de la red del plan

Una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los proveedores de la salud que tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el [copago de los servicios fuera de la red](#).

Necesario por motivos médicos

Servicios o insumos médicos para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, [condición](#), herida o los síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptables.

Red

Las dependencias, médicos y [proveedores](#) contratados por su seguro médico o [plan](#) para brindarle servicios.

Proveedor no preferido

Un [proveedor](#) que no tiene un contrato con una compañía de seguro o con un [plan](#) para brindarle servicios. Si desea atenderse con un proveedor no preferido, usted tendrá que pagar más. Fíjese en su póliza de seguro para averiguar si puede atenderse con todos los proveedores que tengan un contrato con su [seguro médico o plan](#), o si el seguro o el plan tiene una [red](#) “escalonada” y usted tendrá que pagar una cantidad adicional por atenderse con ciertos proveedores.

Coseguro para servicios fuera de la red del plan

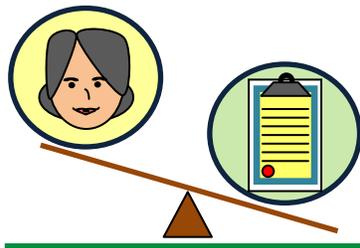
El porcentaje (por ejemplo 40%) de la [cantidad aprobada](#) que usted les paga, por los servicios cubiertos a los proveedores de la salud que **no** tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El coseguro de los servicios fuera de la red es generalmente más caro que el [coseguro de los servicios de la red](#).

Copago para servicios fuera de la red

Una cantidad fija (por ejemplo 30) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los proveedores de la salud que **no** tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más caro que el [copago de los servicios de la red](#).

Límite de gastos del bolsillo

El monto máximo que usted pagará mientras tenga el plan (generalmente un año) antes de que su **seguro médico o su plan** comience a pagar el 100% de la **cantidad aprobada**. Este límite nunca incluye la **prima**, el **saldo de facturación** o los servicios que su plan no cubre. Algunos seguros o planes no tienen en cuenta para este límite, a todos los **copagos**, **deducibles**, **coseguro**, gastos fuera de la red u otros gastos.



Juana paga 0% Su plan paga 100%

(Para un ejemplo detallado, consulte la página 4)

Servicios del médico

La atención médica brindada o coordinada por un médico licenciado (M.D. – Médico o D.O. – Osteópata).

Plan

Un beneficio patrocinado por su empleador, sindicato u otro grupo para pagar por sus servicios médicos.

Preautorización

Una decisión de su compañía de seguro o **plan** sobre si un servicio médico, tratamiento, **medicamento recetado** o **equipo médico duradero** es necesario por **motivos médicos**. También se le conoce como autorización previa, aprobación anticipada o precertificación. Su **seguro médico o plan** puede pedírsela para ciertos servicios excepto en casos de emergencia. La autorización previa no es una garantía de que el seguro o su plan pagará por el servicio.

Proveedor preferido

Un **proveedor** que tiene un contrato con una compañía de seguro o **plan** para brindarle servicios con descuento. Fíjese en su póliza para ver si se puede atender con todos los proveedores preferidos o si su **seguro médico o plan** tiene una **red** “escalonada” y usted tendrá que pagar una cantidad adicional por atenderse con ciertos proveedores. Su plan puede tener una lista de proveedores preferidos que son también proveedores “participantes”. Los proveedores participantes tienen un contrato con el plan, pero el descuento tal vez no sea tan bueno y usted puede que tenga que pagar más.

Prima

Lo que usted tiene que pagar por la cobertura de su **seguro médico o plan**. Usted y/o su empleador generalmente paga la prima mensualmente, trimestralmente o anualmente.

Cobertura de las recetas médicas

Un **seguro médico o plan** que ayuda a pagar por sus recetas médicas.

Medicamentos recetados

Medicamentos que deben ser recetados por ley.

Médico de cabecera (cuidado primario)

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata) que brinda directamente o coordina una gama de servicios de atención al paciente.

Proveedor de atención primaria

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata), enfermera licenciada, asistente médico o una especialista en enfermería clínica, autorizada por la ley estatal, para brindar, coordinar o ayudar al paciente a tener acceso a una amplia gama de servicios médicos.

Proveedor

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata), profesional de la salud, o centro médico aprobado, certificado o licenciado, de conformidad con la ley estatal.

Cirugía reconstructiva

Una cirugía y el tratamiento posterior necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo, debido a un defecto de nacimiento, un accidente, una herida o una afección médica.

Servicios de rehabilitación

Servicios médicos que les ayudan a las personas a mantener, recuperar o mejorar las destrezas para la vida cotidiana, que habían perdido debido a una enfermedad, herida o discapacidad. Los servicios pueden incluir la terapia física, del habla y la rehabilitación mental que reciba como paciente internado en un centro médico o como paciente ambulatorio.

Cuidado de enfermería especializado

Servicios de una enfermera licenciada que recibe en su hogar o en un asilo para ancianos (residencia geriátrica). Estos servicios son brindados por técnicos y terapeutas en su propio hogar o en el asilo para ancianos.

Especialista

Un médico especializado que se concentra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes, para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar cierto tipo de síntomas o condiciones. Un especialista que no sea un médico es un **proveedor** que tiene más entrenamiento en un área específica de la salud.

UCR (Habitual, Acostumbrado y Razonable)

La cantidad que se paga por un servicio médico en un área geográfica, basada en el monto que cobran los **proveedores** de esa zona por servicios similares. A la UCR a veces se le conoce como **cantidad aprobada**.

Atención urgente

El servicio médico que recibe por una enfermedad, herida o afección que es lo suficientemente grave como para que la persona busque atención inmediata pero no lo suficientemente grave como para acudir a la **sala de emergencia**.

Cómo comparten los costos usted y su seguro - Ejemplo

Deducible del plan de Juana: \$1,500

Coseguro: 20%

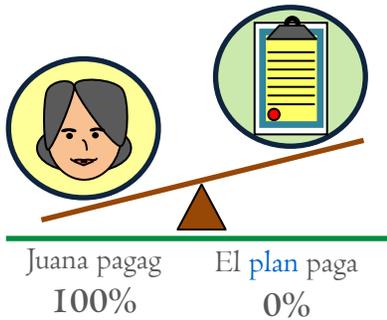
Límite de gastos del bolsillo: \$5,000

1ero de enero

Inicio de la cobertura de la póliza

31 de diciembre

Termina la cobertura de la póliza

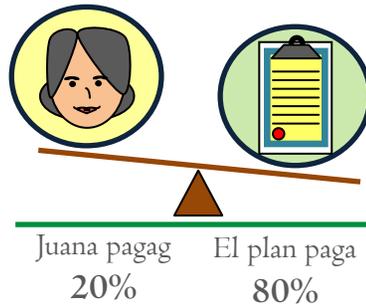


Juana aún no ha pagado el deducible anual de \$1,500

Por lo tanto su plan no paga ninguno de los costos:

- Visita médica: \$125
- Juana paga: \$125
- El plan paga: \$0

more costs

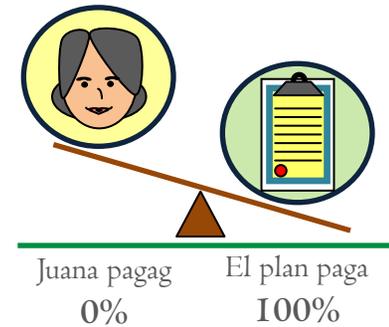


Juana ha pagado el deducible anual de \$1,500, a partir de ahora paga un coseguro

Juana ha ido al médico varias veces y ha gastado en total \$1,500. En la próxima visita, el plan de Juana pagará parte de los costos.

- Visita médica: \$75
- Juana paga: 20% ng \$75 = \$15
- El plan paga: 80% ng \$75 = \$60

more costs



Juana ha alcanzado el límite de gastos del bolsillo de \$5,000

Juana ha ido al médico frecuentemente y ha gastado un total de \$5,000. Ahora, el plan paga el costo total de los servicios cubiertos por el resto del año.

- Visita médica: \$200
- Juana paga: \$0
- El plan paga: \$200