



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.pinnacletpa.com o llamando al **1-800-649-9121**.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$0	Consulte el cuadro que comienza en la página 2 sus costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar la tabla que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	No.	No hay un límite para la cantidad que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos, durante la duración de la cobertura de la póliza.
¿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 el plan no tiene un límite para los gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	Sí. \$5,000 por persona.	Este plan pagará para 100% de servicios cubiertos solamente hasta este límite durante cada período de la cobertura, aunque su propia necesidad es mayor. Usted es responsable del 20% de costos cubiertos sobre este límite. La carta que comienza en la página 2 describe límites específicos de la cobertura, tales como límites en el número de las visitas de la oficina.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para una lista de proveedores participantes, vaya a: www.pinnacletpa.com o llame al 1-800-649-9121 .	Si usted utiliza al doctor dentro-de- la red u otro proveedor de cuidado médico, este plan pagará algunos o todos los costes de servicios cubiertos. Tome en cuenta que su doctor u hospital dentro-de la red, podría utilizar un proveedor de fuera-de-red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro -de- la red, preferido , o participante para los proveedores dentro de su red . Vea la tabla empezando en la página 2 para ver cómo este plan paga a diversas clases de proveedores .
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No. Usted no necesita ser referido a un especialista.	Usted puede ver al especialista que usted elija sin un permiso de parte de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre, se enumeran en la página 5. Vea su póliza o el documento del plan para información adicional sobre servicios excluidos .



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

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa En-Red (panel de México solamente)	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 Copago / visita	No cubierto	El 20% de costo cubierto después de \$5,000 de costo cubierto / Año civil
	Consulta con un especialista	\$10 Copago / visita	No cubierto	Iguales que arriba
	Consulta con otro proveedor de la salud	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	\$10 Copago / visita	No cubierto	El 20% de costo cubierto después de \$5,000 de costo cubierto / Año civil
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$10 Copago / visita	No cubierto	Iguales que arriba
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$10 Copago / visita	No cubierto	Iguales que arriba
Si necesita un medicamento	Medicamentos genéricos	Sin costo	No cubierto	Iguales que arriba
	Medicamentos de marca preferidos	Sin costo	No cubierto	Iguales que arriba
Para más información	Medicamentos de marca no preferidos	Sin costo	No cubierto	Iguales que arriba

Plan de la salud de México: County of Imperial

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

Duración de la póliza: 01/01/2017–12/31/2017

Cobertura de: Familia | Tipo de plan: EPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa En-Red (panel de México solamente)	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
sobre la cobertura de medicamentos esté disponible en Venta al por menor / Pedido por correo www.pinnacletpa.com	Medicamentos especiales	Sin costo	No cubierto	Igual que arriba
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
	Tarifa del médico/cirujano	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
	Traslado médico de emergencia	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
	Cuidado urgente	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
	Tarifa del médico/cirujano	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba

Preguntas: Llame al 1-800-649-9121 o visite www.pinnacletpa.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.pinnacletpa.com o llame al 1-800-649-9121 y pida una copia.

Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Si está embarazada	Cuidados prenatales, parto y post parto	\$10 Copago / visita	No cubierto	El 20% de costo cubierto después de \$5,000 de costo cubierto / Año civil
	Parto y todos los servicios de internación	\$10 Copago / visita	No cubierto	Igual que arriba
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Servicios de rehabilitación	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Servicios de recuperación de las habilidades	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Cuidado de enfermería especializado	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Equipo médico duradero	\$10 Copago / visita	No cubierto	El 20% de costo cubierto después de \$5,000 de costo cubierto / Año civil
	Cuidado de hospicio	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	No cubierto

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">• Servicios en los Estados Unidos• Cirugía cosmética• Cuidado dental• Tratamiento de la infertilidad• Programas para pérdida de peso• Cuidado de la salud en el hogar• Cuidado de enfermería especializado	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado a largo plazo• Cuidado de No-emergencia al viajar fuera de los E.E.U.U. (• (excepto abastecedores que participan en México).• Cuidado de enfermera privada• Tratamiento para el abuso de sustancias para• Servicios de rehabilitación• Cuidado de hospicio	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de los ojos• Cuidado rutinario del pie• Cirugía de Bariátrica• Cuidado Quiropráctico• Audífonos• Acupuntura• Servicios de recuperación de las habilidades

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)
<ul style="list-style-type: none">• N/A

Su derecho para continuar con la cobertura: Si usted pierde cobertura bajo el plan, dependiendo de las circunstancias, Las leyes Federales y del Estado podrían proporcionar protecciones que le permitan a usted mantener cobertura de salud. Cualesquier susodicho derecho podría estar limitado en duración y se le exigirá que pague una prima, la cual podría ser significativamente más alta que la prima que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. Otras limitaciones sobre sus derechos de continuación de cobertura también podrían aplicar. Para más información sobre sus derechos de continuación de cobertura, comuníquese con el Plan al: 1-800-649-9121. o el departamento de seguro del estado, el Departamento de Trabajo, Administración de Protección de Beneficios del Empleado de Estados Unidos al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU o al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura por reclamos bajo su plan, usted, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda, comuníquese con: Pinnacle en 1-800-649-9121 o www.pinnacletpa.com o con la Administración Para la Seguridad de Beneficios del Trabajador del Departamento Laboral al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura? La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza no ofrece 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 no cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

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

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: \$7,150
- Usted paga: \$350

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
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$240
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$390

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,780
- Usted paga: \$620

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
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$540
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$620

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.