



**Esto es solo un resumen.** Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos, puede acceder a los términos completos del esquema de beneficios visitando [AffinityPlan.org](http://AffinityPlan.org) y haciendo clic sobre Planes Esenciales o llamando al 866.247.5678.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0	El Plan Esencial de Affinity no tiene ningún deducible.
¿Hay un límite de gastos que paga de mi bolsillo?	Sí. \$200	El <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> es el monto máximo que podría pagar como su parte del costo por los servicios cubiertos durante un período de cobertura (en general, un año). Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Qué no está incluido en el límite que paga de su bolsillo?	Los pagos de la prima y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el <u>límite que paga de su bolsillo</u> .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	Para conocer los límites de los servicios individuales, consulte el Esquema de beneficios del Contrato con el suscriptor.
¿Usa este plan una red de proveedores?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores preferidos, consulte <a href="http://providerlookup.affinityplan.org">http://providerlookup.affinityplan.org</a> o llame al 866.247.5678.	Si usted utiliza un médico u otro <u>proveedor</u> de atención médica de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red pueden usar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos “de la red”, “preferido” o “participante” para referirse a los <u>proveedores</u> que forman parte de su <u>red</u> . Este plan solo cubre servicios fuera de la red de <u>emergencia</u> .
¿Necesito una remisión para consultar a un especialista?	No.	Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un <u>especialista</u> para los servicios cubiertos pero únicamente si tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista.
¿Hay servicios que este plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Para obtener información adicional sobre los <u>servicios excluidos</u> , consulte el esquema de beneficios.



- Copagos: son montos fijos (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- Coseguro: es la parte que le corresponde pagar a usted de los costos por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del monto permitido para el servicio. Por ejemplo, si el monto permitido para una hospitalización durante una noche es de \$1,000, el coseguro del 20% que debería pagar sería de \$200.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el monto permitido. Si un proveedor fuera de la red cobra más del monto permitido, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran \$1,500 por una hospitalización durante una noche y el monto permitido es de \$1,000, es posible que deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se lo denomina facturación de saldos).
- Este plan puede alentar a utilizar proveedores de la red al cobrarle montos más bajos de copagos y coseguros.

Evento médico típico	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si realiza una consulta en la clínica o el consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$0	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	Copago de \$0	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta en el consultorio de otro profesional	Copago de \$0	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones	Cobertura completa	Sin cobertura	Ninguna
Si debe realizarse un examen	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Copago de \$0	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	Copago de \$0	Sin cobertura	Ninguna

# Affinity Health Plan: Plan Esencial 2

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

Período de cobertura: 01/01/2018-12/31/2018

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

Evento médico típico	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección puede encontrar más información sobre la cobertura para medicamentos <u>con receta</u> en <a href="http://www.affinityplan.org">www.affinityplan.org</a>	Medicamentos genéricos	Copago de \$1 (minorista) Copago de \$2.50 (pedido por correo)	Sin cobertura	Se cubre hasta un suministro para 30 días para medicamentos con receta en farmacias minoristas; se cubre un suministro para 31-90 días para medicamentos con receta en farmacias de pedido por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$3 (minorista) Copago de \$7.50 (pedido por correo)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$3.00 (minorista) Copago de \$7.50 (pedido por correo)	Sin cobertura	Consulte el Esquema de beneficios completo para obtener información sobre los medicamentos especializados.
Si se somete a una cirugía para pacientes externos	Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.
	Cirugía en el consultorio	Copago de \$0	Sin cobertura	
	Costos del médico/cirujano	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en la sala de emergencias	Copago de \$0	Copago de \$0	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$0	Copago de \$0	Ninguna
	Atención de urgencia	Copago de \$0	Copago de \$0	Ninguna

Preguntas: Llame al 866.247.5678 o visítenos en [AffinityPlan.org](http://AffinityPlan.org).

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, llame al 866.247.5678 para solicitar una copia del glosario.

# Affinity Health Plan: Plan Esencial 2

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

Período de cobertura: 01/01/2018-12/31/2018

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

Evento médico típico	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si lo ingresan en un hospital	Costo del centro (p. ej., sala de hospital)	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.
	Costo del médico/cirujano	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios de salud mental/conductual para pacientes externos	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.
	Servicios por trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios por trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.
Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Parto y todos los servicios para pacientes internados	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 1 consulta de atención a domicilio sin costo compartido, si la madre es dada de alta del hospital con anticipación.

Preguntas: Llame al 866.247.5678 o visítenos en [AffinityPlan.org](http://AffinityPlan.org).

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, llame al 866.247.5678 para solicitar una copia del glosario.

# Affinity Health Plan: Plan Esencial 2

Período de cobertura: 01/01/2018-12/31/2018

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

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

Evento médico típico	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.
	Servicios de rehabilitación (pacientes externos)	Copago de \$0	Sin cobertura	La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan. Los servicios de fisioterapia y terapia del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan.
	Atención de enfermería especializada	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.
	Equipo médico duradero	Copago de \$0	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicio de hospicio	Copago de \$0	Sin cobertura	La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan, 5 consultas de asesoramiento para la familia por la pérdida de un ser querido. No se aplica el copago por ingreso si se lo transfiere directamente de un entorno para pacientes internados de un hospital o centro de enfermería especializada a un centro de hospicio.

Preguntas: Llame al 866.247.5678 o visítenos en **AffinityPlan.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, llame al 866.247.5678 para solicitar una copia del glosario.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan NO cubre** (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Atención de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina
- Atención de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos** (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para otros servicios cubiertos y sus costos).

- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Audífonos
- Tratamiento de la infertilidad

## Sus derechos a presentar reclamos o apelaciones:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan relacionada con reclamaciones, usted puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1776 Eastchester Road, Bronx, NY 10461. Tel.: 888.543.9069. Fax: 718.536.3358.

## ¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?

La Ley de Cuidado de Bajo Costo (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de una “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza brinda una cobertura mínima esencial.**

## ¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Bajo Costo establece 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 por los beneficios que ofrece.**

## Servicios de idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 866.247.5678.

Preguntas: Llame al 866.247.5678 o visítenos en **AffinityPlan.org**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, llame al 866.247.5678 para solicitar una copia del glosario.

## Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Úselos para tener una idea general del nivel de protección financiera que podría obtener el paciente del ejemplo según la cobertura de los distintos planes.



### Esta no es una herramienta para calcular costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de este plan. La atención real que usted reciba y su costo serán diferentes de los ejemplos.

Para obtener información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

NOTA: La información de estos ejemplos se basa en el deducible para una sola persona.

### Tener un bebé

(parto normal)

- Monto adeudado a los proveedores: \$7,540
- El plan paga \$7,190.
- El paciente paga \$350.

#### Ejemplos de los costos de atención:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos con receta	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$350</b>

### Control de la diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina de una afección bien controlada)

- Monto adeudado a los proveedores: \$5,400
- El plan paga \$5,190.
- El paciente paga \$210.

#### Ejemplos de los costos de atención:

Medicamentos con receta	\$2,900
Equipos y suministros médicos	\$1,300
Consultas y procedimientos en el consultorio	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$100
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$210</b>

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

### ¿Cuáles son algunos de los conceptos que se deducen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La afección del paciente no era una afección 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 de bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la afección del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de proveedores de la red. Si el paciente hubiese recibido la atención de proveedores fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo se pueden sumar lo deducibles, copagos y coseguros. También le ayuda a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

### ¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

- × NO. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted podría recibir para esta afección podría ser diferente, en función del consejo de su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

### ¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

- × NO. Los ejemplos de cobertura no son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una afección real. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y el reembolso que autorice su plan de salud.

### ¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- ✓ SÍ. Cuando usted consulte el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

### ¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ SÍ. Un costo importante es lo que paga de prima. Por lo general, cuanto más baja sea la prima, mayores serán los costos que paga de su bolsillo, como copagos, deducibles y coseguros. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA), los acuerdos de gastos flexibles (FSA) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) que le ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.