



Esto solo es un resumen. Si quiere más detalle acerca de su cobertura y costos, usted puede obtener los términos completos de su póliza o documentos del plan en www.centuryhealthcare.com/user/login o al llamar al 1-877-685-2432.

Preguntas Importantes	Respuestas	Porque es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	\$ 0	Vea la tabla que comienza en la página 2 para sus costos por servicios cubiertos por este plan.
¿Hay algunos otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	\$ ningún otro deducible	Usted no necesita cubrir ningún deducible por servicios preventivos pero vea la tabla en página 2 para sus costos por servicios que este plan cubre.
¿Hay algún límite en los costos <u>de mi bolsillo</u> ?	\$ no	No hay límite en la cantidad que pudiese pagar de su parte por los costos de servicios cubiertos durante un periodo de cobertura.
¿Que no está incluido en el <u>límite de gastos del bolsillo</u> ?	No aplica	
¿Hay un límite total anual en lo que paga el plan?	No	La tabla que comienza en la página 2 describe cualquier límite en lo que el plan pagara por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas.
¿Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para una lista de proveedores preferidos visite www.multiplan.com/chc o llame al 1-877-685-2432.	Si usted utiliza un doctor o cualquier otro proveedor medico dentro de la red, este plan va a pagar parte o todo el costo de los servicios cubiertos. Sea avisado que su doctor u hospital dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido , o participante para proveedores en su red . Vea la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Si.	Este plan pagara parte o todo el costo para ver a un especialista para servicios cubiertos, pero solo si tiene permiso del plan antes de que vea al especialista .
¿Hay algunos servicios que este plan no cubre?	Si.	Algunos de los servicios que este plan no cubre están enlistados en la página 4.

OMB Control Numbers 1545-2229, 1210-0147, and 0938-1146

Liberado en Abril 23, 2013 (corregido)

Preguntas: Llame al 1-877-685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com.

Si no tiene claro alguno de los términos utilizados en esta forma, vea el Glosario. Puede ver el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-877-685-2432 para pedir una copia.



- **Copagos** son montos fijos (por ejemplo, \$15) que usted paga por cuidado de salud cubierto, usualmente cuando recibe el servicio.
- **Co-seguro:** es su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del **monto permitido** por el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una estadía de hospital de toda la noche es \$1,000, su pago de **co-seguro** de 20% sería \$200. Esto puede cambiar si todavía no ha cubierto su **deducible**.
- La cantidad que el plan paga por servicios cubiertos está basado en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más que el **monto permitido**, usted puede ser responsable de pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una estadía por toda la noche y el **monto permitido** es \$1,000, usted podrá tener que pagar los \$500 de diferencia. (Esto es llamado Cobro **del saldo restante**.)
- Este plan puede alentarle a que utilice **proveedores** dentro de la red cobrando **deducibles, co-pagos y co-seguros más bajos**.

Eventos Médicos Comunes	Servicios Que Puede Necesitar	Su Costo Utilizando Un Proveedor Dentro De La Red	Su Costo Utilizando Un Proveedor Fuera De La Red	Limitaciones & Excepciones
Si visita una oficina o clínica de un proveedor para el cuidado de la salud	Visita al doctor primario para tratar una lesión o enfermedad	No cubierto	No cubierto	
	Visita a un especialista	Ninguno	No cubierto	No hay cobertura para servicios que no sean preventivos y enlistados con clasificación A o B por el U.S. Preventive Services Task Force; algunos servicios preventivos para mujeres; ciertas inmunizaciones; y cierto cuidado para el bienestar de niños.
	Visita de oficina a otro practicante medico	Ninguno	No cubierto	
	Cuidado preventivo/análisis/inmunización	Ninguno	No cubierto	
Si tiene un examen	Exámenes Diagnósticos (rayos-x, estudios de sangre)	No cubierto	No cubierto	
	Estudios de Imagen (CT/PET/MRI)	No cubierto	No cubierto	

Preguntas: Llame al 1-877-685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com.

Si no tiene claro alguno de los términos utilizados en esta forma, vea el Glosario. Puede ver el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-877-685-2432 para pedir una copia.

Eventos Médicos Comunes	Servicios Que Puede Necesitar	Su Costo Utilizando Un Proveedor Dentro De La Red	Su Costo Utilizando Un Proveedor Fuera De La Red	Limitaciones & Excepciones
<p>Si usted necesita fármacos para tratar su enfermedad o condición</p> <p>Más información acerca <u>de la cobertura de fármacos de prescripción</u> está disponible en www.centuryhealthcare.com/user/login.</p>	Fármacos Genéricos	Ninguno	No cubierto	Cobertura proveída solamente para las prescripciones genéricas de contraceptivos para mujeres, aspirina de venta libre, otros artículos recomendados de venta libre y servicios prescritos.
	Fármacos de marcas preferidas	Ninguno	No cubierto	Ninguna cobertura que no sea para contraceptivos femeninos.
	Fármacos de marcas no preferidas	Ninguno	No cubierto	Ninguna cobertura que no sea para contraceptivos femeninos.
	Fármacos de especialidad	No cubierto	No cubierto	
<p>Si tiene una cirugía ambulatoria</p>	Honorarios de las instalaciones (ejemplo, un centro de cirugías ambulatorias)	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para servicios que no sean preventivos y enlistados con clasificación A o B por el U.S. Preventive Services Task Force; algunos servicios preventivos para mujeres; ciertas inmunizaciones; y ciertos servicios preventivos para mujeres.
	Honorarios de doctor / cirujano	Ninguno		
<p>Si necesita atención médica inmediata</p>	Servicios de sala de emergencias	No cubierto		
	Transportación por emergencia medica	No cubierto		
	Instalaciones para servicio de urgencia	No cubierto		
<p>Si tiene una estadia de hospital</p>	Honorarios de las instalaciones	No cubierto	No cubierto	
	Honorarios de doctor /cirujano	No cubierto		
<p>Si tiene necesidad de cuidado de salud mental, comportamiento o por abuso de sustancias</p>	Servicios ambulatorios para la salud mental / de comportamiento	No cubierto	No cubierto	
	Servicios de internación para la salud mental / de comportamiento	No cubierto		
	Servicios ambulantes por el uso de sustancias	No cubierto		
	Servicios de internación por uso de sustancias	No cubierto		

Preguntas: Llame al 1-877-685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com.

Si no tiene claro alguno de los términos utilizados en esta forma, vea el Glosario. Puede ver el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-877-685-2432 para pedir una copia.

Eventos Medicos Comunes	Servicios Que Puede Necesitar	Su Costo Utilizando Un Proveedor Dentro De La Red	Su Costo Utilizando Un Proveedor Fuera De La Red	Limitaciones & Excepciones
Si está embarazada	Cuidado prenatal y postnatal	Ninguno	No cubierto	No hay cobertura para servicios que no sean preventivos y enlistados con clasificación A o B por el U.S. Preventive Services Task Force; algunos servicios preventivos para mujeres; ciertas inmunizaciones; y ciertos servicios preventivos para mujeres.
	Parto y todos los servicios de internación	No cubierto	No cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de salud particular	No cubierto	No cubierto	
	Servicios de rehabilitación	No cubierto		
	Servicios de habilitación	No cubierto		
	Cuidado de enfermera hábil	No cubierto		
	Equipo médico durable	No cubierto		
	Servicio de hospicio	No cubierto		
Si su hijo necesita cuidado dental o visión	Examen de visión	Ninguno	No cubierto	Solamente revisión de la vista
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental	No cubierto		

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Cheque su póliza o documentos del plan para otros servicios excluidos)		
<ul style="list-style-type: none"> o Acupuntura o Cirugía bariátrica o Cuidado mientras viaja fuera de los Estados Unidos o Cuidado quiropráctico o Cirugía cosmética o Cuidado dental (Adulto) 	<ul style="list-style-type: none"> o Aparatos auditivos o Tratamientos de infertilidad o Cuidado a largo plazo o Servicios preventivos fuera de la red a menos que un proveedor participante no esté disponible o Cuidado de enfermera privada 	<ul style="list-style-type: none"> o Cuidado de visión de rutina (Adulto) o Cuidado de rutina de los pies o Servicios relacionados a una lesión o Servicios relacionados a una enfermedad, embarazo, cuidado de salud mental o por abuso de sustancias. o Programas de pérdida de peso

Preguntas: Llame al 1-877-685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com.

Si no tiene claro alguno de los términos utilizados en esta forma, vea el Glosario. Puede ver el glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-877-685-2432 para pedir una copia.

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Cheque su póliza o documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus costos por estos servicios.)

Ningunos otros servicios cubiertos

Sus derechos para continuar su cobertura:

Si pierde su cobertura debajo del plan, entonces, dependiendo de sus circunstancias, leyes Federales y Estatales pueden proveer protección que le permitirá mantener su cobertura médica. Estos derechos pueden ser limitados en duración y van a requerir que pague una **prima**, la cual puede ser significativamente más alta que las primas pagadas mientras estaba cubierto por el plan. Otras limitaciones en sus derechos para continuar cobertura también pueden ser aplicables.

Para más información de sus derechos para continuar cobertura, contacte el plan al 1-877-685-3432. También puede contactar el departamento de seguros de su estado, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el U.S. Department of Health and Human Services al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Sus derechos para quejas y apelaciones:

Si tiene una queja o está insatisfecho por una denegación de cobertura para cobros debajo de su plan, usted puede presentar una **queja** o **apelación**. Para preguntas acerca de sus derechos, esta información, o asistencia, puede comunicarse a Servicio al Cliente al 1-877-685-2432.

Esta cobertura provee la Cobertura Mínima Esencial?

El Affordable Care Act requiere a la mayoría de las personas que tengan cobertura de cuidado médico que califique como “Cobertura Mínima Esencial.” Este plan o póliza **si provee la Cobertura Mínima Esencial**.

Esta cobertura cubre el Estándar de Valor Mínimo?

El Affordable Care Act establece un estándar de valor mínimo de beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial). Esta cobertura de salud **no cubre el standard de valor mínimo por los beneficios que provee**.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir costos por una situación médica, vea la página siguiente.*—————

Preguntas: Llame al 1-877-685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com.

Si no tiene claro alguno de los términos utilizados en esta forma, vea el Glosario. Puede ver el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-877-685-2432 para pedir una copia.

Ejemplos acerca de esta cobertura:

Estos ejemplos muestran como este plan puede cubrir cuidado médico en ciertas situaciones. Utilice estos ejemplos para ver, en general, cuanta protección financiera un paciente puede obtener si está cubierto por diferentes planes.



Este no es un estimador de costos.

No utilice estos ejemplos para estimar sus costos reales en este plan. El cuidado que usted reciba puede ser diferente a estos ejemplos y los costos por esos cuidados también pueden ser diferentes.

Vea la siguiente página para información importante acerca de estos ejemplos.

Teniendo un bebe (parto normal)

- **Monto adeudado a los proveedores:** \$7,540
- **El plan paga** \$ 40
- **El paciente paga** \$ 7,500

Ejemplo de costos por el cuidado:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Cuidado de rutina con el obstetra	\$2,100
Cargos del hospital (bebe)	\$900
Anestesia	\$900
Exámenes de laboratorio	\$500
Prescripciones	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Co-seguro	\$0
Limites o exclusiones	\$7,500
Total	\$7,500

Manejando diabetes tipo 2 (mantenimiento rutinario de una condición bien controlada)

- **Monto adeudado a los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga** \$ 100
- **El paciente paga** \$ 5,300

Ejemplo de costos por el cuidado:

Prescripciones	\$2,900
Equipo médico y suministros	\$1,300
Visitas de oficina y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Exámenes de laboratorio	\$100
Vacunas, otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Co-seguro	\$0
Limites o exclusiones	\$5,300
Total	\$5,300

Preguntas: Llame al 1-877-685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com.

Si no tiene claro alguno de los términos utilizados en esta forma, vea el Glosario. Puede ver el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-877-685-2432 para pedir una copia.

PPO Preguntas u respuestas acerca de los ejemplos de cobertura:

¿Cuales son algunas conjeturas detrás de los ejemplos de cobertura?

- Costos no incluyen las **primas**.
- Ejemplos de costos por cuidado están basados en promedios nacionales proveídos por el U.S. Department of Health and Human Services, y no son específicos a un área geográfica en particular o plan de salud.
- La condición del paciente no era una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay ningún otro gasto médico por ningún miembro cubierto debajo de este plan.
- Gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento de la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió todo el cuidado de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido cuidado de un **proveedor** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Que es lo que muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver como los **deducibles**, **copagos**, y **co-seguros** se incorporan a la cuenta. También le ayuda a ver los gastos que podrían quedar para que usted los pague porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿Los ejemplos de cobertura predicen mis necesidades de cuidado?

- ✘ **No.** Los tratamientos mostrados solo son ejemplos. El cuidado que usted podría recibir para esta condición puede ser diferente basado en el consejo de su doctor, su edad, que tan seria es su condición, y muchos otros factores.

¿Este ejemplo de cobertura predice mis costos futuros?

- ✘ **No.** Ejemplos de cobertura **no** son estimadores de costos. Usted no puede utilizar los ejemplos para estimar costos para una condición real. Son con propósitos comparativos solamente. Sus propios costos pueden ser diferentes dependiendo del cuidado que usted reciba, el precio que sus **proveedores** carguen y el reembolso que permite su plan de salud.

¿Puedo utilizar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted ve el resumen de beneficios y cobertura de otros planes, usted encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando usted compare planes, cheque la sección que dice “El paciente paga” en cada ejemplo. Mientras más pequeño es ese número, la mayor cobertura que el plan provee.

¿Hay algunos otros que deba considerar cuando compare planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que usted paga. Generalmente, mientras más baja es su **prima**, más va a tener que pagar en costos de su bolsillo, como **copagos**, **deducibles**, y **co-seguro**. Usted también debe considerar las contribuciones a cuentas como health savings accounts (HSAs), flexible spending arrangements (FSAs) o health reimbursement accounts (HRAs) que le ayudan a pagar los gastos de su bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-877-685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com.

Si no tiene claro alguno de los términos utilizados en esta forma, vea el Glosario. Puede ver el glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> o llame al 1-877-685-2432 para pedir una copia.