



Este es solo un resumen. Si desea más detalles sobre su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos de la póliza o del documento del plan en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible <u>general</u> ?	\$0 persona/ \$0 familia No se aplica a la atención preventiva	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar los servicios con cobertura. Consulte su póliza o el documento del plan para ver cuándo comienza el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que empieza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar por los servicios con cobertura después de cumplir el deducible .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de esos servicios hasta el monto de deducible específico antes que este plan empiece a pagar esos servicios.
¿Hay un límite de <u>desembolso directo</u> sobre mis gastos?	Sí. Para proveedores participantes \$250 persona/ \$250 familia	El límite de desembolso directo es el monto máximo que podría pagar durante el período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios con cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos de atención médica.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso directo</u> ?	Primas, cargos por facturación de saldos y atención médica que no cubre este plan.	Aun cuando pague esos gastos, no se tienen en cuenta para el límite de desembolso directo .
¿Hay un límite anual general sobre lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites sobre lo que pagará el plan por servicios <i>específicos</i> con cobertura como las visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una <u>red</u> de <u>proveedores</u> ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes visite sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 .	Si utiliza un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios con cobertura. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red podría utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan términos como dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores dentro de su red . Consulte el cuadro que empieza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos tipos de proveedores .
¿Necesito una derivación médica para consultar a un <u>especialista</u> ?	Sí, es posible que necesite una derivación médica para acudir a un especialista.	Es posible que necesite permiso de este plan para consultar a determinados especialistas . No necesita una derivación médica para acudir a los especialistas en obstetricia y ginecología, salud mental, dependencia a sustancias químicas y optometría.

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

¿Hay algún servicio que no cubre este plan?	Sí.	Algunos de los servicios que no cubre este plan aparecen en la página 6. Consulte su Formulario de la evidencia de cobertura y divulgación para obtener información adicional sobre los <u>servicios excluidos</u> .
---	-----	---



- **Copagos** son los montos fijos en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención médica con cobertura, por lo general al momento de recibir el servicio.
- **Coaseguro** es su parte de los costos de un servicio con cobertura, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** por el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** del plan para una estadía en el hospital de una noche es de \$1,000, el pago de su **coaseguro** del 20 % sería de \$200. Esto podría cambiar si no ha cumplido su **deducible**.
- El monto que paga el **plan** por los servicios con cobertura se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, usted podría tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una noche de estancia y el **monto permitido** es \$1,000, usted podría tener que pagar la diferencia de \$500. (Esto se llama **facturación de saldos**.)
- Este plan le puede motivar a utilizar **proveedores** participantes al cobrarle montos de **deducibles**, **copagos** y **coaseguro** más bajos.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si utiliza a un proveedor participante	Su costo si utiliza a un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita	Sin cobertura	————ninguna————
	Visita al especialista	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita	Sin cobertura	Es posible que necesite autorización previa para consultar a determinados especialistas.
	Visita al consultorio de otro profesional	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita	Sin cobertura	————ninguna————
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

San Francisco Health Plan: Healthy Kids HMO

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este Plan y lo que cuesta

Período de cobertura: 10/01/2016 – 09/30/2017

Cobertura para: Niños individuales | Tipo de plan: HMO

Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	_____ninguna_____
	Toma de imágenes médicas (CT/PET, MRI)	Sin cargo	Sin cobertura	_____ninguna_____
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.sfhp.org	Medicamentos genéricos	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/receta médica Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/receta médica	Sin cobertura	Suministro de hasta 90 días. Sin cargo para medicamentos proporcionados en un centro para pacientes ambulatorios, consultorio médico o anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de marca preferidos	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/receta médica Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/receta médica	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días. Sin cargo para medicamentos proporcionados en un entorno de pacientes hospitalizados, consultorio médico o anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de marca no preferidos	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/receta médica Categorías de ingresos B y C: \$15 de copago/receta médica	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días. Sin cargo para medicamentos proporcionados en un entorno de pacientes hospitalizados, consultorio médico o anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de especialidad	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/receta médica Categorías de ingresos B y C: \$15 de copago/receta médica	Sin cobertura	_____ninguna_____

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

San Francisco Health Plan: Healthy Kids HMO

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este Plan y lo que cuesta

Período de cobertura: 10/01/2016 – 09/30/2017

Cobertura para: Niños individuales | Tipo de plan: HMO

Si tiene una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (es decir, centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita de fisioterapia, terapias ocupacional y del habla
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicios en sala de emergencia	Categoría de ingreso A: \$5 Categorías de ingresos B y C: \$15	Categoría de ingreso A: \$5 Categorías de ingresos B y C: \$15	Copago exento si es hospitalizado
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	ninguna
	Atención de urgencia	Categoría de ingreso A: \$5 Categorías de ingresos B y C: \$10	Categoría de ingreso A: \$5 Categorías de ingresos B y C: \$10	ninguna
Si tiene una estadía en el hospital	Honorarios del centro (es decir, habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios de salud conductual/salud mental para pacientes ambulatorios	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita	Sin cobertura	Sin cargo si se determina que tiene un trastorno emocional grave.
	Servicios de salud conductual/salud mental para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna
	Servicios para pacientes ambulatorios por trastorno por uso de sustancias	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita	Sin cobertura	ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados por trastorno por uso de sustancias	Sin cargo	Sin cobertura	ninguna

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

San Francisco Health Plan: Healthy Kids HMO

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este Plan y lo que cuesta

Período de cobertura: 10/01/2016 – 09/30/2017

Cobertura para: Niños individuales | Tipo de plan: HMO

Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
	Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Pueden aplicarse copagos y el máximo para servicios de rehabilitación y de habilitación
	Servicios de rehabilitación	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita	Sin cobertura	Máximo combinado de 60 días calendario consecutivos después del primer tratamiento de terapia por cualquier enfermedad o lesión
	Servicios de habilitación	Categoría de ingreso A: \$5 de copago/visita Categorías de ingresos B y C: \$10 de copago/visita	Sin cobertura	Máximo combinado de 60 días calendario consecutivos después del primer tratamiento de terapia por cualquier enfermedad o lesión
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta 100 días por año de beneficios. Pueden aplicarse copagos y el máximo por servicios de habilitación y rehabilitación
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Consulte el Formulario de la evidencia de cobertura y divulgación
	Servicios del centro de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Pueden aplicarse copagos y el máximo por servicios de habilitación y rehabilitación
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Exámenes de la vista	Categorías de ingresos B y C: \$5 de copago/visita	Sin cobertura	Limitado a un examen por año
	Anteojos	Asignación de hasta \$100 para montura Asignación de hasta \$110 para lentes de contrato	Sin cobertura	Limitado a uno por año

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

	Chequeo dental	Sin cargo	Sin cobertura	Consulte el Formulario de la evidencia de cobertura y divulgación
--	----------------	-----------	---------------	---

Servicios excluidos y otros servicios con cobertura:

Servicios para los que su Plan NO tiene cobertura (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o el documento del plan para ver otros servicios excluidos.)

- Cirugía cosmética
- Tratamiento de infertilidad
- Atención quiropráctica.
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE.UU.
- Atención de custodia
- Acupuntura

Otros servicios con cobertura (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o el documento del plan para ver otros servicios con cobertura y sus costos por esos servicios).

- Atención de la diabetes
- Audífonos
- Educación para la salud

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

Sus derechos a continuar la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden ofrecer protecciones que le permitan mantener esta cobertura de seguro médico siempre que pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, tales como si:

- Usted comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer los servicios en el Estado
- Usted se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con la aseguradora al 1-800-288-5555.

También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado al 1-888-466-2219.

Sus derechos a presentar reclamos y apelaciones

Si tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura de reclamos conforme a su plan, puede **apelar** o **presentar un reclamo**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Servicio al Cliente al 1-800-288-5555.

¿Proporciona esta cobertura una cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Asequible exige que la mayoría de las personas tengan cobertura que califique como "cobertura esencial mínima". **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Cumple esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Asequible establece un estándar de valor mínimo de beneficios para el plan de salud. El estándar de valor mínimo es el 60 % (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso al idioma:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-288-5555.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-288-5555.

—————Para ver ejemplos de cómo podría este plan cubrir los costos en un ejemplo de situación médica, consulte la siguiente página.—————

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo podría este plan cubrir la atención médica en situaciones determinadas. Use estos ejemplos para ver, de manera general, cuánta protección financiera podría obtener un paciente de ejemplo si tiene cobertura con un plan diferente.



Esto no es un calculador de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales con arreglo a este plan. La atención real que reciba será diferente de estos ejemplos, y el costo de esa atención también será diferente.

Consulte en la siguiente página información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

Monto adeudado a los proveedores: \$7,540

El Plan paga \$5,490

El paciente paga \$2,050

Costos de la atención de muestra:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas médicas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otra atención preventiva	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$30
Coaseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$30

Manejo de la diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina de una afección bien controlada)

Monto adeudado a los proveedores: \$5,400

El Plan paga \$3,520

El paciente paga \$1,880

Costos de la atención de muestra:

Recetas médicas	\$2,900
Equipo médico y suministros	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, otra atención preventiva	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$250
Coaseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$250

Nota: Estos números asumen que el paciente participa en nuestro programa de bienestar para diabetes. Si tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, sus costos pueden ser más altos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar para diabetes comuníquese con: [insert].

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas sobre los Ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen tras estos Ejemplos de Cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos de la atención están basados en los promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE.UU. y no son específicos de un área geográfica ni de un plan de salud en particular.
- La afección del paciente no fue una afección excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay ningún otro gasto médico para ningún miembro cubierto con arreglo a este plan.
- Los gastos de desembolso directo se basan solo en tratar la afección en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente recibió atención de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido mayores.

¿Qué muestra un Ejemplo de Cobertura?

En cada situación de tratamiento, el Ejemplo de Cobertura le ayuda a ver cómo pueden acumularse los **deducibles**, los **copagos** y el **coaseguro**. También le ayuda a ver qué gastos podría pagar usted debido a que el servicio o tratamiento no tiene cobertura o el pago es limitado.

¿El Ejemplo de Cobertura predice mis propias necesidades de atención?

- ✗ **No.** Los tratamientos son solo ejemplos. La atención que reciba por esta afección podría ser diferente con base en el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

¿El Ejemplo de Cobertura predice mis gastos en el futuro?

- ✗ **No.** Los Ejemplos de Cobertura **no** son calculadores de costos. No puede usar los ejemplos para calcular los costos de una afección real. Estos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobra su **proveedor** y el reembolso que permita su plan de salud.

¿Puedo usar los Ejemplos de Cobertura para comparar planes?

- ✓ **Sí.** Cuando vea el Resumen de beneficios y la cobertura de otros planes, encontrará los mismos Ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, revise la casilla el “Paciente Paga” en cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura que ofrece el plan.

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.

¿Hay otros costos que debo tomar en cuenta al comparar los planes?

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

Preguntas: Llame al 1-800-288-5555 o visítenos en sfhp.org.

Si no comprende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario.

Puede consultar el glosario en sfhp.org o llame al 1-800-288-5555 para solicitar una copia.