



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.healthfirstny.org o llamando al 1-888-250-2220.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$1,750 por persona/ \$3,500 por familia para proveedores dentro de la red No se aplica a medicamentos recetados, o visitas o servicios de atención médica.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte los documentos del plan o la póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1° de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber alcanzado el deducible
¿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 costos de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. \$4,000 por persona/ \$8,000 por familia	El límite de gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará como su parte del costo por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (por lo general de un año). Este límite le permite planificar sus gastos de atención médica.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Primas, saldos de facturación y los costos de servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos costos, estos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites a la cantidad de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red , consulte www.healthfirstny.org o llame al 1-888-250-2220.	Si usted se atiende con médicos u otros proveedores médicos 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 usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido , o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para averiguar cómo este plan les paga a sus distintos proveedores .
¿Necesito un referido ?	Sí	Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista ,

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

para ver un especialista?		solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista .
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 4. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o la póliza.

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

Publicado el 23 de abril de 2013
(corregido)



- **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 de la red** 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	\$30 de copago por visita después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Consulta con un especialista	\$50 de copago por visita después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Healthfirst: Hoja de Plata CSR 200-250

Duración de la póliza: 1/1/14 – 31/12/14

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos los tipos de cobertura | **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
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$30 de copago por visita después del deducible (enfermeros médicos titulados y asistentes médicos) y \$50 de copago por visita después del deducible (quiropático)	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$30 de copago por visita después del deducible cuando se realizan en el consultorio de un PCP o \$50 de copago por visita después del deducible cuando se realizan en un centro de atención ambulatoria	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Healthfirst: Hoja de Plata CSR 200-250

Duración de la póliza: 1/1/14 – 31/12/14

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos los tipos de cobertura | **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
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$30 de copago por visita después del deducible cuando se realizan en el consultorio de un PCP o \$50 de copago por visita después del deducible cuando se realizan en un centro de atención ambulatoria	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si necesita un medicamento Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> visite www.healthfirstny.org .	Medicamentos genéricos	\$10 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$25 de copago por receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo)
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$88 de copago por receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo)
	Medicamentos de marca no preferidos	\$70 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$175 de copago por receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo)

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Healthfirst: Hoja de Plata CSR 200-250

Duración de la póliza: 1/1/14 – 31/12/14

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Todos los tipos de cobertura | 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
	Medicamentos especiales	\$70 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$175 de copago por receta de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo)
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	\$100 de copago después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	\$100 de copago después del deducible	Sin cobertura	Aplica sólo a cirugías realizadas en hospitales de atención ambulatoria, incluidos los centros quirúrgicos independientes, pero no a cirugías realizadas en el consultorio.

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Healthfirst: Hoja de Plata CSR 200-250

Duración de la póliza: 1/1/14 – 31/12/14

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Todos los tipos de cobertura | 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 necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$150 de copago por visita después del deducible	\$150 de copago por visita después del deducible	Sin copago/coseguro en caso de internamiento
	Traslado médico de emergencia	\$150 de copago por visita después del deducible	\$150 de copago por visita después del deducible	-----Ninguna-----
	Cuidado urgente	\$70 de copago por visita después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	\$1,500 de copago por ingreso después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
	Tarifa del médico/cirujano	\$100 de copago por cirugía después del deducible	Sin cobertura	Aplica sólo a cirugías realizadas en hospitales de internamiento o de atención ambulatoria, incluidos los centros quirúrgicos independientes, pero no a cirugías realizadas en el consultorio.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$30 de copago por visita después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$1,500 de copago por ingreso después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$30 de copago por visita después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin limitaciones. Se pueden usar hasta 20 visitas por año del plan para asesoramiento familiar.

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Healthfirst: Hoja de Plata CSR 200-250

Duración de la póliza: 1/1/14 – 31/12/14

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Todos los tipos de cobertura | 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
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$1,500 de copago por ingreso después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Cobertura total	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Parto y todos los servicios de internación	\$1,500 de copago por ingreso después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Healthfirst: Hoja de Plata CSR 200-250

Duración de la póliza: 1/1/14 – 31/12/14

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Todos los tipos de cobertura | 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 necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$30 de copago después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	\$30 de copago después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por terapias combinadas de por vida.
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$30 de copago después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializado	\$1,500 de copago por ingreso después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 200 días por año del plan.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 25% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Cuidado de hospicio	\$1,500 de copago por ingreso después del deducible (pacientes internados) o \$30 de copago después del deducible (pacientes ambulatorios)	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 210 días por año del plan (pacientes internados); 5 visitas para asesoramiento familiar debido a una desgracia (pacientes ambulatorios)
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	\$30 de copago después del deducible	Sin cobertura	Un examen cada 12 meses

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Healthfirst: Hoja de Plata CSR 200-250

Duración de la póliza: 1/1/14 – 31/12/14

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos los tipos de cobertura | **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
	Anteojos	Coseguro del 25% después del deducible	Sin cobertura	Unos lentes recetados y una montura cada 12 meses
	Consulta dental	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----

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"> • Acupuntura • Cirugía cosmética • Servicios dentales (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado a largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Cuidado de los pies de rutina • Programas para bajar de peso 	

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

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

Su derecho para continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden protegerlo y permitirle mantener esta cobertura de seguro médico siempre que pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, por ejemplo, si sucede lo siguiente:

- Usted comete un fraude
- La compañía de seguros deja de ofrecer servicios en el estado
- Usted se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con la compañía de seguros al 1-888-250-2220. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado, el Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York, al 800-342-3736.

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:

New York State Department of Financial Services
One State Street
New York, NY 10004-1511
800-342-3736

Además, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con: Defensores de salud comunitaria
105 East 22nd Street
New York, NY. 10011

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.

888-614-5400
cha@cssny.org

¿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 ofrece la 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 cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Acceso a Servicios en su Idioma

Español: Para obtener asistencia en español, favor de llamar al 1-888-250-2220.

Chinese: (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-250-2220.

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

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 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: \$5,640
- Usted paga: \$1,900

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	\$1,750
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$1,900

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,570
- Usted paga: \$1,830

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	\$1,750
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,830

Preguntas: Llame al 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 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 1-888-250-2220 o visite www.healthfirstny.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-250-2220 y pida una copia.