

# Healthfirst: Plan Ecensial 3

Duración de la póliza: 1/1/18 – 12/31/18

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, 1-888-250-2220. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org) o llamar a 1-888-250-2220 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de que su deducible?	Sí. El cuidado preventivo, el cuidado prenatal y telemedicine son cubiertos antes de que usted encuentre su deducible	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . “Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	\$200	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Primas, saldos de facturación y los costos de servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ?	Sí. Véa <a href="http://www.healthfirstny.org">www.healthfirstny.org</a> o llame al 1-888-250-2220 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.

## Healthfirst: Plan Ecensial 3


Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Duración de la póliza: 1/1/18 – 12/31/18

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin <u>un referido</u> .
--	-----	---

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</a>	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.healthfirstny.org">www.healthfirstny.org</a>	Medicamentos genéricos	\$1 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$3 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 marcas preferidas	\$3 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$8 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 marcas no preferidas	\$3 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$8 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)
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	\$3 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$8 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)
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	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.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org)

## Healthfirst: Plan Ecensial 3

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Duración de la póliza: 1/1/18 – 12/31/18

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Sin cargo	Sin cargo	Sin copago/coseguro en caso de internamiento
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	-----Ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	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 necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios internos	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Cubierta en su totalidad	Sin cobertura	Si la atención prestada de conformidad con las directrices generales apoyadas por USPSTF y HRSA
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Autorización previa necesaria. 40 visitas por año del plan

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org)

## Healthfirst: Plan Ecensial 3

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Duración de la póliza: 1/1/18 – 12/31/18

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por año del plan por terapias combinadas.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por año del plan por terapias combinadas.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 200 días por año del plan.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo	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	Sin cargo	Sin cobertura	Un examen cada 12 meses
	Anteojos	Sin cargo	Sin cobertura	Unos lentes recetados y una montura cada 12 meses
	Consulta dental	Sin cargo	Sin cobertura	Un examen dental y una limpieza cada 6 meses

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Enfermería privada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul>

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org)

## Healthfirst: Plan Eencial 3

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Duración de la póliza: 1/1/18 – 12/31/18

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cirugía bariátrica
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Los servicios de aborto
- Atención quiropráctica
- Servicios dentales (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Audífonos

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 1-800-342-5756 o [www.dfs.ny.gov/](http://www.dfs.ny.gov/). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) or call 1-800-318-2596 or NY State of Health Marketplace at 1-855-355-5777 or [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York

Una calle del estado

Nueva York, NY 10004-1511

800-342-3736

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Contacto: Defensores de Salud Comunitaria

633 Third Ave, 10th FL

Nueva York, NY. 10017

888-614-5400

[cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios lingüísticos:**

HF-EP3-SBC-STD-18(SP)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org)

6 of 8

## Healthfirst: Plan Ecensial 3

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Duración de la póliza: 1/1/18 – 12/31/18

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-250-2220.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-250-2220.

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

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-250-2220.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*-----

**Acerca de los ejemplos de cobertura:**



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] \$0
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$0
- Otro [costo compartido] \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:  
 Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,731</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$4
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$64</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] \$0
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$0
- Otro [costo compartido] \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:  
 Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,389</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$70
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$125</b>

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] \$0
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$0
- Otro [costo compartido] \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:  
 Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,925</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$2
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$0</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.