



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 o llamar a 1-888-250-2220 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan . |
| ¿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 plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . “Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | \$2,000 por persona/ \$4,000 por familia | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | 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 límite de gastos directos del bolsillo . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ? | Sí. Véa www.healthfirstny.org o llame al 1-888-250-2220 para una lista de proveedores dentro de la red | Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |

Healthfirst: Hoja de Platino


Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

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: Todos los Tipos de Cobertura

| | | |
|--|----|---|
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | No | Puede acudir al especialista 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 proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$15 de copago | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Visita al especialista | \$35 de copago | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Atención preventiva/examen colectivo/vacuna | Sin cargo | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | \$15 de copago cuando se realizan en el consultorio de un PCP o \$35 de copago cuando se realizan en un centro de atención ambulatoria | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$35 de copago se realizan en un centro de atención ambulatoria | 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) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.healthfirstny.org | Medicamentos genéricos | \$10 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$20 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 por correo) |
| | Medicamentos de marcas preferidas | \$30 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$60 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 por correo) |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | \$60 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$120 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 por correo) |
| | Medicamentos especializados | \$60 de copago por receta de 30 días (minorista) y \$120 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 por correo) |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$100 copago | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$100 copago | Sin cobertura | Se aplica solo a cirugías realizadas en hospitales de atención ambulatoria, incluidos los centros quirúrgicos independientes, pero no a cirugías realizadas en el consultorio. |

Healthfirst: Hoja de Platino

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

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

| 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 | Atención en la sala de emergencias | \$100 copago | \$100 copago | Sin copago/coseguro en caso de internamiento |
| | Transporte médico de emergencia | \$100 copago | \$100 copago | -----Ninguna----- |
| | Atención de urgencia | \$55 copago | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$500 de copago por admisión | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$100 de copago por cirugía | 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 | \$15 copago | Sin cobertura | -----Ninguna----- |
| | Servicios internos | \$500 copago por admisión | 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 | \$100 copago | Sin cobertura | Se requiere autorización previa |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | \$500 copago por admisión | Sin cobertura | Se requiere autorización previa |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene | Cuidado de la salud en el hogar | \$15 copago | Sin cobertura | Autorización previa necesaria. 40 visitas por año del plan |

| 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 | Servicios de rehabilitación | \$25 copago | Sin cobertura | Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por año del plan por terapias combinadas. |
| | Servicios de habilitación | \$25 copago | Sin cobertura | Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por año del plan por terapias combinadas. |
| | Cuidado de enfermería especializada | \$500 copago por admisión | Sin cobertura | Se requiere autorización previa; 200 días por año del plan. |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 10% | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | \$500 de copago por admisión (pacientes internados) o \$15 copago (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 niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | \$10 copago | Sin cobertura | Un examen cada 12 meses |
| | Anteojos para niños | Coseguro del 15% | Sin cobertura | Unos lentes recetados y una montura cada 12 meses |
| | Chequeo dental pediátrico | \$15 copago | Sin cobertura | Un examen dental y una limpieza cada 6 meses |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

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

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Los servicios de aborto
- Tratamiento de la infertilidad

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/. 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 or call 1-800-318-2596 or NY State of Health Marketplace at 1-855-355-5777 or 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

¿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:

Healthfirst: Hoja de Platino

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Período de cobertura: [Ver instrucciones]

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

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, 请拨打这个号码 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] \$35
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$500
- Otro [costo compartido] \$35

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*)

Costo total hipotético \$13,046

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,200 |
| Coseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$1,200 |

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] \$35
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$500
- Otro [costo compartido] \$35

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*)

Costo total hipotético \$7,826

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,450 |
| Coseguro | \$173 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,623 |

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] \$35
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] \$500
- Otro [costo compartido] \$35

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético \$2,483

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,380 |
| Coseguro | \$4 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,384 |

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

Healthfirst complies with Federal civil rights laws. Healthfirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Healthfirst provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **Healthfirst** at 1-866-305-0408. For TTY/TDD services, call 1-888-542-3821.

If you believe that **Healthfirst** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **Healthfirst** by:

| | |
|------------------|---|
| Mail | Healthfirst Member Services P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165 |
| Phone | 1-866-305-0408 (for TTY/TDD services, call 1-888-542-3821) |
| Fax | 1-212-801-3250 |
| In person | 100 Church Street, New York, NY 10007 |
| Email | http://healthfirst.org/members/contact/ |

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

| | |
|--------------|---|
| Web | Office for Civil Rights Complaint Portal at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf |
| Mail | U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW. Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html |
| Phone | 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697) |

| | |
|---|---------------|
| ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | English |
| ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-867-4132). | Spanish |
| 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Chinese |
| ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (رقم هاتف الصم والبكم). (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Arabic |
| 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821)번으로 전화해 주십시오. | Korean |
| ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Russian |
| ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Italian |
| ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | French |
| ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | French Creole |
| אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Yiddish |
| UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Polish |
| PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Tagalog |
| লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনিথা বাংলা, ক বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Bengali |
| KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Albanian |
| ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Greek |
| خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821). | Urdu |