

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.: Plan de Categoría Plata 150 de Molina

Duración de la póliza: 01/01/2016-12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individuo + familia | Tipo de plan: HMO



Éste es sólo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o los términos de la póliza en www.molinahealthcare.com o llamando al 1-888-560-2043.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Individuo \$450 Familia de 2 o más \$900 . Se aplicable sólo a los servicios de atención médica ambulatoria en hospital / centro y servicios de internación en un hospital / centro	Debe pagar todos los costos hasta cumplir con la suma del deducible antes de que este plan pague por los servicios cubiertos que usted reciba. Vea su póliza o el documento del plan para verificar cuándo el deducible empieza de nuevo (comúnmente, pero no siempre, el 1.º de enero). Vea la gráfica en la página 2 para las cantidades que pagará para los servicios cubiertos después de cumplir con el deducible .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero vea la gráfica que empieza en la página 2 para otros costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. \$2,250 Individuo, cada año \$4,500 Familia, cada año	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que puede pagar durante un período de cobertura (comúnmente un año) para su costo compartido de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Primas, cobros facturados del saldo y cuidado no cubierto.	A pesar de que usted pague estos gastos, no cuentan hacia su límite de gastos de su bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No	La gráfica que empieza en la página 2 describe cualquier límite sobre lo que el plan pagará para <i>específicos</i> servicios cubiertos, tales como las visitas a consultorios.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para una lista de los proveedores participantes, visite www.molinahealthcare.com , o llame al 1-888-560-2043.	Si usted usa un proveedor participante u otro proveedor médico, este plan pagará parte o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté consciente, su médico u hospital participante puede usar un proveedor no participante para algunos servicios. Los planes utilizan el término "en la red", preferido o participante para proveedores dentro de la red . Vea la gráfica en la página 2 para conocer cómo este plan le paga a diferentes tipos de proveedores .
¿Necesito una remisión para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el especialista que elija sin el permiso de este plan.
¿Hay servicios que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre aparecen en la página 7. Vea su póliza o su documento del plan para información adicional sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.



- **Copagos** son cantidades fijas (p. ej. \$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 pago del **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** 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**.)
- Este plan puede animarlo a que use **proveedores** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** y **un coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o el consultorio del <u>proveedor</u> médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$10 de copago por visita	No está cubierto	-----ninguno-----
	Consulta con un especialista	\$30 de copago por visita	No está cubierto	
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$10 de copago por visita	No está cubierto	
	Servicios preventivos / evaluaciones / vacunas	Ningún cobro	No está cubierto	
Si tiene que hacerse un examen	Examen diagnóstico radiografía, análisis de sangre	\$30 de copago por radiografías \$10 de copago por análisis de sangre	No está cubierto	-----ninguno-----
	Imagenología (TC / tomografía PET, IRM)	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios no se cubrirán.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o padecimiento. Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> visite molinahealthcare.com	Categoría 1 - medicamentos genéricos	\$5 de copago (farmacia minorista)	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos. Un suministro de hasta 30 días por farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días para órdenes de farmacia por correo se ofrece por dos veces del costo compartido de un suministro de 30 días con una farmacia minorista.
	Categoría 2 - medicamentos preferidos de marca registrada	\$30 de copago (farmacia minorista)	No está cubierto	
	Categoría 3 - medicamentos no preferidos de marca registrada	20% de coseguro (farmacia minorista)	No está cubierto	
	Categoría 4 - medicamentos especializados	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán. Costo compartido máximo de \$100 por un suministro de 30 días de medicamentos orales de quimioterapia.

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
	Categoría 5 - medicamentos preventivos	Ningún cobro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos. Un suministro de hasta 30 días de farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días de farmacia por correo.
Si recibe una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. centro quirúrgico ambulatorio)	20% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Tarifa del médico / cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$150 de copago por visita	\$150 de copago por visita	No es aplicable si es internado en el hospital
	Traslado médico de emergencia	\$150 de copago por viaje	\$150 de copago por viaje	-----ninguno-----
	Cuidado urgente	\$30 de copago por visita	\$30 de copago por visita	-----ninguno-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	20% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Tarifa del médico / cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 de copago por visita	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$10 de copago por visita	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y de posparto	Ningún cobro	No está cubierto	-----ninguno-----
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	No está cubierto	Para partos, sólo se requiere notificación y autorización previa no es requerida. Los servicios para la interrupción de embarazo están sujetos a restricciones y leyes estatales, y se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Ningún cobro	No está cubierto	Limitado a: • Un máximo de dos horas por consulta para las visitas por una enfermera, trabajadora social médica, terapeuta física, ocupacional o del habla y hasta un máximo de cuatro horas por consulta para las visitas por una auxiliar de atención médica domiciliaria • Un máximo de 60 visitas cada año natural (incluyendo todas las visitas de cuidado de salud en el hogar) Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	No está cubierto	Limitado a: • 20 visitas cada año por terapia - terapia física, ocupacional y pulmonar • 36 visitas por año - rehabilitación cardíaca • 30 visitas por año - terapia auditiva pos implante coclear Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Servicios de recuperación de las habilidades	20% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro	No está cubierto	Un límite de 30 días por año natural. Autorización previa requerida o los servicios posiblemente no se cubrirán.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa o es posible que los servicios no sean cubiertos.
	Cuidado de hospicio	Ningún cobro	No está cubierto	Sólo notificación; autorización previa no requerida.

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita servicios dentales o para la vista	Examen de la vista	Ningún cobro	No está cubierto	Un examen / evaluación de detección cada año natural
	Anteojos	Ningún cobro	No está cubierto	Limitado a: • Un par de marcos estándares y lentes recetados cada 12 meses • Un par de lentes de contacto cada 12 meses, en lugar de anteojos recetados • Dispositivos ópticos de visión baja, evaluación cada 5 años La cirugía correctiva de láser no está cubierta.
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	No aplicable

Preguntas: Llame al **1-888-560-2043** o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al **1-888-560-2043** y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o el documento del plan para los otros servicios excluidos.)

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|--|
| • Acupuntura | • Atención dental (niños) | • Atención médica no urgente cuando viaja fuera de los EE. UU. |
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de infertilidad | • Enfermera de atención privada |
| • Cirugía cosmética | • Atención médica a largo plazo | • Cuidado de los pies de rutina |
| • Atención dental (adultos) | | |

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

- | | | |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|
| • Cuidado quiropráctico | • Aparatos auditivos | • Programas para perder peso |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|

Su derecho a continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden proveer protección que le permiten mantener esta cobertura médica siempre y cuando usted pague su **prima**. Sin embargo, existen excepciones, por ejemplo, si:

- comete fraude;
- la compañía de seguros deja de ofrecer servicios en el estado;
- se muda fuera del área de servicio.

Para más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, comuníquese con la compañía de seguros al 1-888-560-2043. También puede comunicarse con el departamento estatal de seguros en la Secretaría del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517.

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 al: 1-888-560-2043.

¿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 una “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza sí ofrece 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 el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de acceso de idiomas: Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-560-2043.

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

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 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.



Esta 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 \$5,870
- El paciente paga \$1,670

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$450
Copagos	\$180
Coseguro	\$890
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$1,670

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de una enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$4,340
- El paciente paga \$1,060

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas a 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	\$450
Copagos	\$320
Coseguro	\$210
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,060

Preguntas: Llame al 1-888-560-2043 o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/ccio/ o llame al 1-888-560-2043 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 no son específicos para una zona geográfica en particular 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 sólo 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 de cobertura 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 1-888-560-2043 o visite www.molinahealthcare.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cms.gov/cciiio/ o llame al 1-888-560-2043 y pida una copia.