

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

Duración de la póliza: 01/01/2015-12/31/2015

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 1-888-296-7677.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible general</u> ?	Individuo \$250 Familia de 2 o más \$500 Se aplicable sólo a los servicios de atención médica ambulatoria en hospital / centro y servicios de internación en un hospital / centro	Vea la gráfica que empieza en la página 2 para los costos de los servicios que este plan cubre.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Debe de pagar todos los costos para estos servicios hasta cumplir con la suma específica del deducible antes de que este plan pague por los servicios cubiertos que usted reciba.
¿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 más 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 para 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 paga 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 1-888-296-7677.	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 proveedores .
¿Necesito una remisión para ver un <u>especialista</u> ?	Sí.	Este plan pagará parte o todos los costos para consultas con un especialista para los servicios cubiertos, pero sólo si obtiene autorización del plan antes de consultar con el especialista .

¿Hay servicios que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre aparecen en la página 5. Vea su póliza o su documento del plan para información adicional sobre los servicios excluidos
--------------------------------------	-----	--

Preguntas: Llame al 1-888-296-7677 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 1-888-296-7677 y pida una copia.



- **Copagos** son una cantidad fija (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 **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**.)
- Este plan puede animarlo a que use **proveedores** participantes cobrándole **deducibles, copagos y 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 consultorio del proveedor 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	Se puede requerir una autorización previa, o los servicios no se cubrirán
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$30 de copago por visita	No está cubierto	
	Servicios preventivos / evaluaciones / vacunas	Ningún cobro	No está cubierto	-----ninguno-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico radiografías, análisis de sangre	\$30 de copago / radiografías \$10 de copago / análisis de sangre	No está cubierto	-----ninguno-----
	Imagenología (TC / tomografía PET, RMf)	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán.

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 un medicamento para atender su enfermedad o padecimiento. Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> visite www.molinahealthcare.com	Medicamentos genéricos	\$10 de copago	No está cubierto	-----ninguno-----
	Medicamentos de marca preferidos	\$20 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	20% de coseguro	No está cubierto	
	Medicamentos especiales	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán. Costo compartido máximo de \$100 por cada receta médica surtida para medicamentos orales de quimioterapia.
Si recibe una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. centro quirúrgico ambulatorio)	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán
	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	Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán.
	Tarifa del médico / cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	

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 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	Autorización previa requerida para los servicios de salud mental proporcionados por otros médicos (que no sea su PCP o psiquiatra especialista) o los servicios no se cubrirán.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$10 de copago por visita	No está cubierto	Autorización previa requerida para los servicios de abuso de sustancias proporcionados por otros médicos (que no sea su PCP o psiquiatra especialista) o los servicios no se cubrirán.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida o los servicios no se cubrirán.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	Ningún cobro	No está cubierto	-----ninguno-----
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	No está cubierto	Sólo notificación, Autorización previa no requerida. Los servicios para la interrupción de embarazo están sujetos a restricciones y leyes estatales.

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	\$30 de copago por visita	No está cubierto	Máximo de dos (2) horas de enfermería por visita y un máximo de cuatro (4) horas de auxiliar de la salud por visita. Un límite de 100 visitas por año natural para todas las visitas de atención médica domiciliaria, salvo la enfermera de atención privada. Las visitas de enfermera de atención privada se limitan a 90 visitas cada año natural. Autorización previa requerida para todos los servicios de atención médica domiciliaria, o los servicios no se cubrirán.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	No está cubierto	Limitado a: <ul style="list-style-type: none"> • 20 visitas cada año por terapia - Terapia física, ocupacional y pulmonar • 36 visitas cada año - rehabilitación cardíaca • 12 visitas cada año - terapia de manipulación Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán.
	Servicios de recuperación de las habilidades	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán.
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro	No está cubierto	Limitado a 90 días por cada año natural. Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	No está cubierto	Autorización previa requerida para todo el equipo médico duradero más de \$500, o los servicios no se cubrirán.
	Cuidado de hospicio	Ningún cobro	No está cubierto	Autorización previa requerida, o los servicios no se cubrirán.
Si su hijo necesita servicios dentales o para	Examen de la vista	Ningún cobro	No está cubierto	Un examen / evaluación de detección cada año natural

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
la vista	Anteojos	Ningún cobro	No está cubierto	Limitado a: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de marcos 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

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
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado a largo plazo
- Aparatos auditivos
- Atención médica no urgente cuando viaja fuera de los EE.UU.
- Cuidado de los pies de rutina
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)

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

- Cuidado quiropráctico
- Enfermera de atención privada
- Tratamiento de infertilidad
- Programas para perder peso

Su derecho a continuar con la cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden proveer protección que le permite 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 1-888-296-7677. También puede comunicarse con el departamento estatal de seguros en la Secretaría de Seguros de Ohio al 1-800-686-1526.

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: 1-888-296-7677.

¿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 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 1-888-296-7677.

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

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 \$5,960
- El paciente paga \$1,580

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
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$310
Coseguro	\$1,120
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$1,580

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

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$4,320
- El paciente paga \$1,080

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	\$0
Copagos	\$680
Coseguro	\$320
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,080

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 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 1-888-296-7677 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 1-888-296-7677 y pida una copia.