

MediExcel Health Plan: Plan QEP HMO

Cobertura para: Todos los miembros cubiertos | Tipo de Plan:HMO



El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que te ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC te muestra cómo tú 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 tu cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita www.mediexcel.com o llama al 1-855-633-4392. The English version of the SBC is the official version, and this translated Spanish version is for informational purposes only. La versión en inglés del SBC es la oficial, la versión en español únicamente es para fines informativos. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulta el glosario. Puedes revisar el glosario en <http://www.cciio.cms.gov> o llamar al 1-855-633-4392 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Es Importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0.	Consulta la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este Plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Si. Todos los servicios están cubiertos ya que no hay deducible.	Todos los servicios están cubiertos, no existe deducible .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tienes que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el desembolso anual máximo de este Plan ?	\$6,250 por miembro/ \$12,500 por familia.	El desembolso anual máximo es la cantidad máxima que pagarás durante el periodo de un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de tu familia pertenecen a este Plan , ellos tendrán que completar su propio desembolso anual máximo hasta que se complete el desembolso anual máximo familiar.
¿Qué no incluye el desembolso anual máximo ?	Las primas y los servicios de salud que este Plan no cubre.	Aunque pagues estos costos, no cuentan hacia el desembolso anual máximo .
¿Pagare un poco menos si acudo a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Visita www.mediexcel.com o llama al 1-855-633-4392 para una lista de proveedores dentro de la red de MediExcel Health Plan.	Pagarás más si acudes a un proveedor fuera de la red y es posible que recibas una factura del proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que tu Plan paga (facturación de saldo). Ten en mente que tu proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulta con tu proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesito una referencia para ver a un especialista ?	Sí.	Este Plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista pero solo si tienes una referencia antes de acudir al especialista .

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podrías Necesitar	Lo que Pagaras		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo)	
Si acudes al Consultorio o Clínica de un Proveedor de Salud	Visita de Atención Primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 copago / visita	No se cubre	El miembro pagará el máximo de un copago por mes calendario por servicio de cuidados primarios.
	Visita a un Especialista	\$50 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Cuidado Preventivo/ Evaluaciones/Vacunas	Sin cargo	No se cubre	Es posible que tengas que pagar por servicios que no son preventivos. Consulta con tu Proveedor si los servicios que necesitas son de cuidado preventivo y verifica lo que cubre tu Plan .
Si te Realizas un Examen	Prueba Diagnóstica (rayos-x, análisis de sangre)	\$50 copago / rayos-x \$30 copago / análisis de sangre	No se cubre	Se requiere autorización previa para tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética.
	Estudios de Imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$250 copago / visita	No se cubre	
Si necesitas Medicamentos para Tratar tu Enfermedad o Condición. Para mayor información acerca de la cobertura de medicamentos con receta , visita www.mediexcel.com	Nivel 1 - Medicamentos Genéricos	\$20 copago / medicamento	No se cubre	Cubre un suministro de hasta 30 días.
	Nivel 2 - Medicamentos de Marcas Preferidas	\$50 copago / medicamento	No se cubre	Ciertos medicamentos serán cubiertos a diferente costo.
	Nivel 3 - Medicamentos de Marcas No Preferidas	\$70 copago / medicamento	No se cubre	De acuerdo con los lineamientos del formulario.
	Nivel 4 - Medicamentos Especializados	30% coaseguro hasta \$250 por medicamento	No se cubre	Medicamentos orales anticancerígenos no excederán \$200 por mes. No hay servicio de correo para la entrega de medicamentos.
Si te Sometes a una Operación Ambulatoria	Cargo por Instalaciones (e.g. Centro de Cirugía Ambulatoria)	\$600 copago / visita	No se cubre	Se requiere autorización previa .
	Honorarios de Médico/Cirujano	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
Si necesitas Servicio de Emergencia o Atención de Urgencia	Atención en la Sala de Emergencias	20% coaseguro	20% coaseguro	El coaseguro aplica al episodio completo de servicio de emergencia. El costo máximo que el miembro pagará no debe exceder \$200 por servicio de emergencia ambulatoria.
	Transporte Médico de Emergencia	\$250 copago	\$250 copago	

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podrías Necesitar	Lo que Pagaras		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo)	
	<u>Atención de Urgencia</u>	<u>Fuera de México:</u> \$50 <u>copago</u> /visita <u>En México:</u> \$30 <u>copago</u> /visita	<u>Fuera de México:</u> \$50 <u>copago</u> /visita <u>En México:</u> \$30 <u>copago</u> /visita	Servicios de <u>Atención de Urgencia</u> de proveedores no participantes ubicados en México están cubiertos solo cuando el Miembro esta fuera del área de servicio del Plan.
Hospitalización	Cargo por Instalaciones (e.g. habitación de hospital)	\$600 <u>copago</u> / día, hasta 5 días	No se cubre	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios de Médico/Cirujano	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
Si necesitas Servicios de Salud Mental, Conductual o Toxicomanías	Servicios Ambulatorios	\$25 <u>copago</u> / visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Hospitalización	\$600 <u>copago</u> / día, hasta 5 días	No se cubre	Ninguna.
Embarazo	Visitas de Consultorio	\$25 <u>copago</u> / visita	No se cubre	Las visitas de servicios de preconcepción y prenatales están cubiertas bajo el <u>cuidado preventivo</u> .
	Servicio Profesional de Parto	\$600 <u>copago</u> / día, hasta 5 días	No se cubre	
	Servicio de Instalaciones de Partos Profesionales	\$600 <u>copago</u> / día, hasta 5 días	No se cubre	
Si necesitas Servicios de Recuperación o tienes Otras Necesidades de Salud Especiales	<u>Cuidado de la Salud en el Hogar</u>	\$30 <u>copago</u> /visita	No se cubre	Únicamente cuidados postoperatorios en el hogar.
	<u>Servicios de Rehabilitación</u>	\$30 <u>copago</u> /visita	No se cubre	Ninguna.
	<u>Servicios de Habilidades</u>	\$30 <u>copago</u> /visita	No se cubre	Ninguna.
	<u>Cuidado de Enfermería Especializada</u>	\$300 <u>copago</u> / día, hasta 5 días	No se cubre	Ninguna.
	<u>Equipo Médico Duradero</u>	20% <u>coaseguro</u>	No se cubre	Ninguna.
	<u>Servicios de Hospicio (cuidados paliativos o enfermos terminales)</u>	Sin cargo	No se cubre	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Examen de la Vista Pediátrico	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
Si tu niño necesita Servicios Odontológicos u Oftalmológicos	Anteojos para Niños	No se cubre	No se cubre	Ninguna.
	Chequeo Dental Pediátrico	Sin cargo	No se cubre	Limitado a limpieza cada 6 meses y planeación de tratamiento odontológico/dental.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos

Servicios que tu [Plan](#) generalmente NO cubre (consulta el documento de tu [Plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

<input type="checkbox"/> Quiropráctico	<input type="checkbox"/> Tratamiento Dental (Adulto)	<input type="checkbox"/> Enfermera privada
<input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética	<input type="checkbox"/> Prótesis Auditivas	<input type="checkbox"/> Servicios que no son <u>medicamente necesarios</u>
<input type="checkbox"/> Atención que no sea de emergencia en USA	<input type="checkbox"/> Cuidados de largo plazo	<input type="checkbox"/> Cuidados de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulta el documento de tu [Plan](#).)

<input type="checkbox"/> Acupuntura (solo para propósito de rehabilitación)	<input type="checkbox"/> Tratamientos para Infertilidad	<input type="checkbox"/> Programas para perder peso
<input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica		

Tus derechos a continuar con tu cobertura: Hay agencias que pueden ayudarte si deseas continuar con tu cobertura aun cuando ésta termine; California Department of Managed Health Care, 1-888-466-2219 o www.dmhc.ca.gov, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el U.S. Department of Health and Human Services, 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. También podrías tener otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visita www.CuidadDeSalud.gov o llama al 1-800-318-2596.

Tus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarte si tienes una queja contra tu [Plan](#) por negarte una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de tus derechos, consulta la explicación de beneficios que recibirás para este [reclamo](#) médico. Tus documentos del [Plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a tu [Plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre tus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comunícate al 1-855-633-4392.

¿Este Plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Por cada mes que no tengas [cobertura esencial mínima](#), al hacer tu declaración de impuestos se te cobrará una multa, a menos que califiques para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

Si tu [Plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podrás calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarte a pagar un [plan de salud](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llama al 1-855-633-4392.

----- Para ver ejemplos de cómo este Plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulta 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 recibas y los precios que cobren tus [proveedores](#). Utiliza esta información para comparar los costos compartidos que tendrías que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Ten en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

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

■ El Deductible general del Plan	\$0
■ Copago a Especialista	\$50
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$600/día
■ Otro Coaseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al Especialista (atención prenatal)
- Servicios de Parto Profesionales (médicos)
- Hospitalización por Parto
- Pruebas Diagnósticas (ultrasonido y análisis de sangre)
- Servicio de Especialista (anestesia)

Costo hipotético total	\$12,800
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,940
Coaseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,000

Control de la Diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina de una enfermedad bien manejada dentro de la red)

■ El Deductible general del Plan	\$0
■ Copago a Especialista	\$50
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$600/día
■ Otro Coaseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al Consultorio del Médico Primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
- Pruebas Diagnósticas (análisis de sangre)
- Medicamentos Recetados
- Equipo Médico Duradero (medidor de glucosa)

Costo hipotético total	\$7,400
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,800
Coaseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,855

Fractura Simple de Mia (visita a la sala de emergencia dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El Deductible general del Plan	\$0
■ Copago a Especialista	\$50
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$600/día
■ Otro Coaseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Sala de Emergencia (incluye materiales médicos)
- Prueba Diagnóstica (radiografía)
- Equipo Médico Duradero (muletas)
- Servicios de Rehabilitación (terapia física)

Costo hipotético total	\$1,900
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$690
Coaseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$690

Nota: Estos costos suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [Plan](#). Si participas en el programa de bienestar del [Plan](#), es posible que puedas reducir tus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comunícate con MediExcel Health Plan al 1-855-633-4392 o visita www.mediexcel.com.

El [Plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en estos EJEMPLOS de eventos médicos comunes.