

MediExcel Health Plan: Value Plan MEP (MEP)

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 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, visite www.mediexcel.com o llame 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](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede 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.	Consulte 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 ?	Sí. 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 tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el desembolso anual máximo de este Plan ?	\$4,000 por miembro/ \$8,000 por familia.	El desembolso anual máximo es la cantidad máxima que usted pagará durante el periodo de un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este Plan , estos tienen 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 usted pague estos costos, no cuentan para el desembolso anual máximo .
¿Pagare un poco menos si acudo a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Visite www.mediexcel.com o llame al 1-855-633-4392 para una lista de proveedores dentro de la red de MediExcel Health Plan .	Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su Plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su 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 tiene una referencia antes de acudir al especialista .

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo)	
Si acude a la Oficina o Clínica de un Proveedor de Salud	Visita de Atención Primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 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	\$40 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas	Sin cargo	No se cubre	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su Proveedor si los servicios que necesita son de cuidado preventivo y verifique lo que cubre su Plan .
Si se Realiza un Examen	Prueba Diagnóstica (rayos-x, análisis de sangre)	\$40 copago / rayos-x \$20 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)	\$100 copago / visita	No se cubre	
Si necesita Medicamentos para Tratar su Enfermedad o Condición. Para mayor información acerca de la cobertura de medicamentos con receta , visite 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	\$35 copago / medicamento	No se cubre	Ciertos medicamentos serán cubiertos a diferente costo.
	Nivel 3 - Medicamentos de Marcas No Preferidas	\$45 copago / medicamento	No se cubre	De acuerdo con los lineamientos del formulario. Medicamentos orales anticancerígenos no excederán \$200 por mes.
	Nivel 4 - Medicamentos Especializados	30% coseguro hasta \$250 por medicamento	No se cubre	No hay servicio de correo para la entrega de medicamentos.
Si se Somete a una Operación Ambulatoria	Cargo por Instalaciones (e.g. Centro de Cirugía Ambulatoria)	\$100 copago / visita	No se cubre	Se requiere autorización previa .
	Honorarios de Médico/Cirujano	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
Si necesita Servicio de Emergencia o Atención de Urgencia	Atención en la Sala de Emergencias	20% coseguro	20% coseguro	El coseguro aplica al episodio completo de servicio de emergencia. El costo máximo que el miembro pagará no debe exceder \$150 por servicio de emergencia ambulatoria.
	Transporte Médico de Emergencia	\$100 copago	\$100 copago	

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo)	
	Atención de Urgencia	Fuera de México: \$50 copago /visita En México: \$25 copago /visita	Fuera de México: \$50 copago /visita En México: \$25 copago /visita	Servicios de Atención de Urgencia 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)	\$100 copago / día	No se cubre	Se requiere autorización previa .
	Honorarios de Médico/Cirujano	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
Si necesita Servicios de Salud Mental, Conductual o Toxicomanías	Servicios Ambulatorios	\$20 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Hospitalización	\$100 copago / día	No se cubre	Ninguna.
Embarazo	Visitas de Consultorio	\$20 copago / visita	No se cubre	Las visitas de servicios de preconcepción y prenatales están cubiertas bajo el cuidado preventivo .
	Servicio Profesional de Parto	Sin cargo	No se cubre	
	Servicio de Instalaciones de Partos Profesionales	\$100 copago / día	No se cubre	
Si necesita Servicios de Recuperación o tiene Otras Necesidades de Salud Especiales	Cuidado de la Salud en el Hogar	\$20 copago / visita	No se cubre	Únicamente cuidados postoperatorios en el hogar.
	Servicios de Rehabilitación	\$20 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Habilitación	\$20 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$50 copago / día	No se cubre	Ninguna.
	Equipo Médico Duradero	10% coseguro	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Hospicio (cuidados paliativos o enfermos terminales)	Sin cargo	No se cubre	Se requiere autorización previa .
Si su niño necesita Servicios Odontológicos o de la Vista	Examen de la Vista Pediátrico	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
	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 su Plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su 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. Consulte el documento de su 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		

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de estas agencias es: el California Department of Managed Health Care al 1-888-466-2219 o www.dmhc.ca.gov, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el U.S. Department of Health and Human Services al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. También podría tener 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 o llame al 1-800-318-2596.

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 al 1-855-633-4392.

¿Este Plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Por cada mes que usted no tenga [cobertura esencial mínima](#), al hacer su declaración de impuestos se le cobrará una multa, 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 de salud](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

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

----- 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 usted reciba y los precios que cobren sus [proveedores](#). Utilice esta información para comparar los costos compartidos 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 dentro de la red y parto en el hospital)

- El [Deducible](#) general del [Plan](#) \$0
- [Copago a Especialista](#) \$40
- [Copago por](#) Hospital (instalaciones) \$100/día
- Otro [Coseguro](#) 10%

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$740
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$800

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

- El [Deducible](#) general del [Plan](#) \$0
- [Copago a Especialista](#) \$40
- [Copago por](#) Hospital (instalaciones) \$100/día
- Otro [Coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,570
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,625

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

- El [Deducible](#) general del [Plan](#) \$0
- [Copago a Especialista](#) \$40
- [Copago por](#) Hospital (instalaciones) \$100/día
- Otro [Coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$240
Coseguro	\$75
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$315

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [Plan](#). Si participa en el programa de bienestar del [Plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con MediExcel Health Plan al 1-855-633-4392 o visite www.medixcel.com.