

MediExcel Health Plan: PM Platinum HMO Plan 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 ?	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 tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el desembolso anual máximo de este Plan ?	\$3,350 por miembro/ \$6,700 por familia.	El desembolso anual máximo es la cantidad máxima que usted pagará durante el período 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 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 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	\$15 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Visita a un Especialista	\$30 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)	\$30 copago / rayos-x \$15 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)	\$75 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	\$5 copago / medicamento	No se cubre	Cubre un suministro de hasta 30 días.
	Nivel 2 - Medicamentos de Marcas Preferidas	\$15 copago / medicamento	No se cubre	Ciertos medicamentos serán cubiertos a diferente costo.
	Nivel 3 - Medicamentos de Marcas No Preferidas	\$25 copago / medicamento	No se cubre	De acuerdo con los lineamientos del formulario.
	Nivel 4 - Medicamentos Especializados	10% coseguro 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 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	\$25 copago /	No se cubre	Ninguna.
	Atención en la Sala de Emergencias	\$150 copago / visita	\$150 copago / visita	Sin costo en caso de internación al hospital.

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 necesita Servicio de Emergencia o Atención de Urgencia	Transporte Médico de Emergencia	\$150 copago	\$150 copago	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.
	Atención de Urgencia	\$15 copago	\$15 copago	
Hospitalización	Cargo por Instalaciones (e.g. habitación de hospital)	\$250 copago / día, hasta 5 días	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	\$15 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Hospitalización	Sin cargo (al doctor) \$250 copago / día, hasta 5 días (hospital)	No se cubre	Ninguna.
Embarazo	Visitas de Consultorio	\$15 copago / visita	No se cubre	Los servicios preventivos prenatales y posparto están cubiertos bajo el cuidado preventivo .
	Servicio Profesional de Parto	Sin cargo	No se cubre	
	Servicio de Instalaciones de Partos Profesionales	\$250 copago / día, hasta 5 días	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	\$15 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Habilitación	\$15 copago / visita	No se cubre	Ninguna.
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$150 copago / día, hasta 5 días	No se cubre	Ninguna.
	Equipo Médico Duradero	10% coseguro	No se cubre	Se requiere autorización previa .
	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	Sin cargo	No se cubre	1 par por año, hasta la edad de 19 años. Lentes de contacto son cubiertos en lugar de anteojos.
	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](#).)

- | | | |
|--|-------------------------------|--|
| • Quiropráctico | • Tratamiento Dental (Adulto) | • Enfermera privada |
| • Cirugía Cosmética | • Prótesis Auditivas | • Servicios que no son medicamente necesarios |
| • Atención que no sea de emergencia en USA | • Cuidados de largo plazo | • 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](#).)

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| • Acupuntura (solo para propósito de rehabilitación) | • Tratamientos para Infertilidad | • Programas para perder peso |
| • 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	\$30
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$250/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	\$895
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$955

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	\$30
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$250/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 Recetados
- Equipo Médico Duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$745
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$800

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	\$30
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$250/día
■ Otro Coseguro	10%

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	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$440
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$440

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.mediexcel.com.

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