Student Employee Health Plan: Programa de seguro médico de NYS

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:** Individual o familiar **| Tipo de plan:** PPO

Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en **https://www.cs.ny.gov/ebd** o llamando al **1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447)**.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$100** por persona cubierta. No aplica para atención prestada por un proveedor de la red o un centro médico de la red, atención de paciente hospitalizado en hospital o tratamiento de salud mental fuera de la red, cuidado de niño sano de rutina fuera de la red, prótesis externas por mastectomía, servicios de ambulancia, paciente hospitalizado fuera de la red, Programa administrado de medicina física (Managed Physical Medicine Program) o medicamentos con receta médica.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del **deducible**, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el **deducible** (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 3 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el **deducible**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. **$100** para servicios quiroprácticos y servicios de terapia física fuera de la red. No hay otros deducibles **específicos**.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del **deducible** antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí. Máximo dentro de la red: Individual **$6,600**/Familia **$13,200**	El **límite de desembolso directo** es el máximo que podría pagar durante un período de cobertura (usualmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para los gastos de atención médica.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Las primas, los cargos facturados sobre saldos y la atención médica que este plan no cubre no cuentan para ningún límite de desembolso directo. En el máximo dentro de la red no se incluyen gastos fuera de la red y cargos adicionales.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de **desembolso directo.**
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	Este plan pagará por los servicios cubiertos hasta el límite establecido para el período de cobertura, aun si sus necesidades son mayores. Una vez que se haya llegado al límite, usted tendrá que pagar todos los costos. El cuadro en la página 3 describe los límites de cobertura específico, como los límites al número de visitas médicas.

¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Consulte https://www.cs.ny.gov/ebd **o llame al 1-877-7-NYSHIP** para obtener una lista de proveedores participantes.	Si usted se atiende con médicos y **proveedores** de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún **proveedor** que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como **perteneciente a la red**, **preferido** o **participante** para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 3 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos **proveedores**.
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No. Usted no necesita una referencia para consultar a un especialista.	Usted puede consultar a cualquier **especialista** y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 7. Para averiguar cuáles son los **servicios excluidos**, vea los documentos del plan o póliza.

Preguntas: Llame al **1-877-7-NYSHIP** o visite **https://www.cs.ny.gov/employee-benefits**. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **https://www.cs.ny.gov/sbc** o llame al 1-877-7-NYSHIP y seleccione el programa médico para pedir una copia.

- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo $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 a los **proveedores** participantes y de la red al cobrarle **deducibles**, **copagos** y **coaseguros** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		Proveedores participantes	Proveedores no participantes	
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/visita más $10 de copago por servicios de laboratorio/radiología	20% de coaseguro	Cobertura hasta por 15 visitas por persona por año calendario a un proveedor de la red. La cobertura fuera de la red aplica para la visita 16 en adelante. Diálisis, quimioterapia y terapia de radiación, visitas al consultorio por cuidado de niño sano, atención pre y posnatal incluidas en el cargo por parto de su proveedor, pruebas de laboratorio de diagnóstico y radiología no realizada durante una visita al consultorio (incluyendo interpretación de mamografías y análisis de pruebas de citología cervical), visitas a un Centro de atención urgente participante y visitas para servicios de atención preventiva no cuentan para el límite de 15 visitas por persona.
	Consulta con un especialista	$10 de copago/visita más $10 de copago por servicios de laboratorio/radiología	20% de coaseguro	
	Consulta con otro proveedor de la salud	$10 de copago/visita más $10 de copago por servicios de laboratorio/radiología	20% de coaseguro	
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo para servicios de prevención	20% de coaseguro	Sin cargo para ciertos servicios de atención preventiva de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (PPACA).
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$10 de copago/visita al consultorio; $15 de copago/ambiente de hospital como paciente ambulatorio	20% de coaseguro	La cobertura fuera de la red aplica para la visita 16 en adelante.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		Proveedores participantes	Proveedores no participantes	
Si tiene que hacerse un examen (continuación)	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	$10 de copago/visita al consultorio; $15 de copago/ambiente de hospital como paciente ambulatorio	20% de coaseguro	Se requiere certificación previa o se puede aplicar una penalización hasta de $250.
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite www.cs.ny.gov.	Nivel 1 o para la mayoría de medicamentos genéricos	Suministro de 30 días: $5; suministro de 31-90 días en servicio por correo o farmacia especializada: $5	Los reclamos por sus costos de desembolso directo pueden ser elegibles para reembolso parcial.	Ciertos medicamentos requieren autorización previa para la cobertura. Se exonera el copago para medicamentos de quimioterapia oral, la mayoría de anticonceptivos de Nivel 1 y Tamoxifeno y Raloxifeno, recetados para prevenir el cáncer de seno. En ciertos centros de salud SUNY Campus Student Health Center, los afiliados al SEHP pueden surtir recetas médicas hasta para un suministro de 30 días por un copago de $7.
	Nivel 2, medicamentos preferidos o compuestos	Suministro de 30 días: $15; suministro de 31-90 días en servicio por correo o farmacia especializada: $20		
	Nivel 3 o medicamentos no preferidos	Suministro de 30 días: $40; suministro de 31-90 días en servicio por correo o farmacia especializada: $65		
	Medicamentos especializados	Aplica copago basado en el nivel de copago para medicamentos		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	$10 de copago/visita al consultorio o visita a centro quirúrgico ambulatorio; $15 de copago/paciente ambulatorio en ambiente de hospital (hospital, clínica de extensión, centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios)	20% de coaseguro	La cobertura fuera de la red aplica para la visita 16 en adelante en un ambiente de consultorio. Copago por centro quirúrgico ambulatorio cubre el centro, pruebas en el lugar el mismo día y cargos de anestesiología. Los honorarios de médico/cirujano además de cargos del centro médico se aplican únicamente si el médico/cirujano cobra por separado del centro médico.
	Tarifa del médico/cirujano	$10 de copago/visita	20% de coaseguro	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		Proveedores participantes	Proveedores no participantes	
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	$25 de copago/visita	$25 de copago/visita	En caso de hospitalización, se exonera el copago de la emergencia y sólo se aplica el copago de la hospitalización.
	Traslado médico de emergencia	$15 de copago/viaje	$15 de copago/viaje	Cubierto cuando el servicio es proporcionado por un servicio de ambulancia autorizado al hospital más cercano donde se pueda realizar la atención de emergencia y se necesite transporte de ambulancia debido a una condición de emergencia.
	Cuidado urgente	$10 de copago/visita al consultorio; $15 de copago/atención en hospital para pacientes ambulatorios; copago adicional de $10 por servicios de laboratorio/radiología	20% de coaseguro	No está sujeto al límite anual de 15 consultas por persona dentro de la red. Si recibe servicios además de la atención urgente, pueden aplicar copagos, deducibles o coaseguros adicionales.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	$200 de copago/estadía de paciente hospitalizado	$200 de copago más 20% de coaseguro	Se requiere certificación previa; si la hospitalización no tiene certificación previa, usted paga $200 de copago más 50% de coaseguro.
	Tarifa del médico/cirujano	$10 de copago/cirugía	20% de coaseguro	Aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	$10 de copago/visita	20% de coaseguro	Cobertura hasta por 15 visitas por persona por año calendario a un proveedor de la red. La cobertura fuera de la red aplica para la visita 16 en adelante. Las pruebas psicológicas se deben revisar por necesidad médica.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	$200 de copago/estadía de paciente hospitalizado	$200 de copago más 20% de coaseguro	Unicamente en centros aprobados. Sin cobertura para Centro de tratamiento residencial, hogar de grupo o residencia de transición fuera de la red. Duración de la permanencia limitada al tipo de centro y tratamiento. Se requiere certificación previa; la penalización por no certificar previamente es $200 de copago más 50% de coaseguro.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	$10 de copago/visita	20% de coaseguro	Cobertura hasta por 15 visitas por persona por año calendario a un proveedor de la red. La cobertura fuera de la red aplica para la visita 16 en adelante. Las pruebas psicológicas se deben revisar por necesidad médica.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	$200 de copago/estadía de paciente hospitalizado	$200 de copago más 20% de coaseguro	Se requiere certificación previa; la penalización por no certificar previamente es $200 de copago más 50% de coaseguro.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		Proveedores participantes	Proveedores no participantes	
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo para atención de rutina pre y posnatal	20% de coaseguro	No está sujeta al límite anual por persona de 15 visitas para cobertura dentro de la red.
	Parto y todos los servicios de internación	$200 de copago/estadía de paciente hospitalizado	$200 de copago más 20% de coaseguro	Se requiere certificación previa; si la hospitalización no tiene certificación previa, usted paga $200 de copago más 50% de coaseguro.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	20% de coaseguro	Se requiere certificación previa; no hay cobertura si no tiene certificación previa. Cubierto en vez de hospitalización.
	Servicios de rehabilitación	$10 de copago/visita; $15 de copago/ambiente de hospital como paciente ambulatorio	20% de coaseguro	Tratamiento quiropráctico únicamente a través del Programa administrado de medicina física; no hay cobertura para terapia ocupacional ni del habla. Beneficios dentro de la red hasta por 15 visitas al quiropráctico/por persona/por año y hasta 60 visitas de fisioterapia con certificación previa/por diagnóstico. Los beneficios fuera de la red aplican después del límite.
	Servicios de recuperación de las habilidades	$10 de copago/visita	20% de coaseguro	
	Cuidado de enfermería especializado	No hay cobertura en centros de enfermería especializada; sin cargo por servicios cubiertos en el hogar	No hay cobertura en centros de enfermería especializada; 20% de coaseguro por servicios cubiertos en el hogar	Sin cobertura en centros de enfermería especializada. Se requiere certificación previa para servicios en el hogar; no hay cobertura si no tiene certificación previa. Cubierto en vez de hospitalización.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Cargos en exceso de la cantidad permitida	El equipo médico duradero (excepto equipo/suministros para diabéticos) solo está cubierto en vez de hospitalización. Se requiere certificación previa; aplican beneficios fuera de la red si no está certificado previamente. El equipo/suministros para diabéticos no está sujeto a deducible ni coaseguro.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Cargos en exceso de la cantidad permitida	Cobertura hasta por 210 días en un programa aprobado de cuidados paliativos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	$10 de copago/visita	No está cubierto	Examen de rutina de la vista cubierto una vez en un período de 24 meses
	Anteojos	Sin cargo	No está cubierto	Selección limitada al momento y lugar de un examen de la vista; una vez en un período de 24 meses.
	Consulta dental	$20 de copago/visita	No está cubierto	Hasta dos visitas por servicios cubiertos y hasta dos empastes en 12 meses, copago adicional de $10/empaste

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que este plan no cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan o su póliza para información sobre otros servicios excluidos.)

• Cirugía cosmética	• Atención a largo plazo	• Terapia ocupacional	• Atención en centro de enfermería especializada incluyendo rehabilitación
• Cuidado de compañía	• Chequeo dental fuera de la red	• Atención de rutina para pies	• Terapia del habla
• Audífonos	• Examen de la vista/anteojos fuera de la red	• Servicios que no son necesarios médicamente	• Programas de pérdida de peso

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

• Acupuntura	• Atención dental (adulto y niño)	• Servicios de enfermería privada (cubiertos únicamente bajo HCAP)
• Cirugía bariátrica (con limitaciones)	• Tratamiento de infertilidad (con limitaciones)	• Atención de rutina de la vista (adulto y niño)
• Atención quiropráctica	• Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU.	

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que le permitan conservar la cobertura médica. Cualquiera de esos derechos puede estar limitado en duración y requerirá que pague una **prima**, la que puede ser significativamente más alta que la prima que usted paga por el plan.. También puede haber otras limitaciones a sus derechos de continuar la cobertura.

Si desea obtener más información sobre sus derechos de continuar con la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-877-7-NYSHIP. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, el Departamento de Trabajo de EE. UU. o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. llamando al 1-877-267-2323 extensión 61565 o en www.cciio.cms.gov.

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 con:

- The Empire Plan llamando al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447) y seleccionando a la compañía correspondiente
- La División de Beneficios para Empleados, Departamento de Servicio Civil de Nueva York llamando al 518-457-5754 o al 1-800-833-4344
- El Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York llamando al 518-474-6600 o al 1-800-342-3736
- Adicionalmente, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con la Sociedad de Servicio a la Comunidad de Nueva York, Defensores de Salud Comunitaria, llamando al 888-614-5400 o en http://www.communityhealthadvocates.org

Esta cobertura brinda la cobertura mínima esencial?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible exige que la mayoría de las personas cuenten con una cobertura médica que califique como "cobertura mínima esencial". **Este plan o póliza brinda la cobertura mínima esencial.**

¿Esta cobertura cumple el requisito de valor mínimo estándar?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible establece un valor mínimo estándar para los beneficios de un plan de salud. El valor mínimo estándar es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de atención médica cumple el requisito de valor mínimo estándar para los beneficios que proporciona**

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al [1-877-769-7447].

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.

Si no es cobertura individual, la cantidad que el paciente paga puede ser mayor.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento
(parto normal)

- ☐ **El proveedor cobra:** $7540
- ☐ **El plan paga:** $7140
- ☐ **Usted paga:** $400

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	$2700
Atención de rutina del obstetra	$2100
El costo del hospital (bebé)	$900
Anestesia	$900
Análisis de laboratorio	$500
Medicamentos	$200
Radiografías	$200
Vacunas y otros servicios preventivos	$40
Total	**$7540**

El paciente paga:

Deducibles	$0
Copagos	$200
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$200
Total	**$400**

.

Control de la diabetes tipo 2
(control rutinario de la enfermedad)

- ☐ **El proveedor cobra:** $5400
- ☐ **El plan paga:** $5000
- ☐ **Usted paga:** $400

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	$2800
Equipo médico e insumos	$1300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	$900
Educación sobre el cuidado	$200
Análisis de laboratorio	$100
Vacunas y otros servicios preventivos	$100
Total	**$5400**

El paciente paga:

Deducibles	$0
Copagos	$400
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$0
Total	**$400**

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 que no son específicos para una zona geográfica 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 solo 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 1-877-7-NYSHIP o visite https://www.cs.ny.gov/employee-benefits. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en https://www.cs.ny.gov/sbc o llame al 1-877-7-NYSHIP y seleccione el programa médico para pedir una copia.