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/employee-benefits o llamando al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447).

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$447** por afiliado, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados. No aplica para atención prestada por un proveedor participante o por un centro médico dentro de la red, aparatos auditivos, pelucas protésicas, prótesis externas por mastectomía, servicios de ambulancia de emergencia, 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 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el **deducible**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. **$250** por afiliado, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados para el Programa administrado de medicina física. No hay otros **deducibles** específicos.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específicodel **deducible** antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí. **$985** por afiliado, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados para el Programa médico básico, Hospital fuera de la red y Salud mental y abuso de sustancias fuera de la red.	El límite para los **gastos del bolsillo** es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus astos médicos.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Las primas, los gastos incurridos en Prescription Drug Program (Programa de Medicamentos Recetados), los cargos facturados sobre el saldo, las penalizaciones, los copagos de centros y la atención médica que este plan no cubre y gastos incurridos en Managed Physical Medicine Program (Programa de Medicina Física Controlada) o Home Care Advocacy Program (Programa de Apoyo a la Atención en el Hogar, HCAP).	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el **límite de gastos del bolsillo**.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que empieza en la página 2 describe cualquier límite en lo que pagará el plan por los servicios *específicos* cubiertos, tal como visitas al consultorio.

¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Consulte https://www.cs.ny.gov/employee-benefits **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 2 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 6. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos, vea los documentos del plan o póliza.

- **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	$20 de copago/visita más $20 de copago por servicios de radiología, laboratorio y vacunas	20% de coaseguro	——————ninguno——————
	Consulta con un especialista	$20 de copago/visita más $20 de copago por servicios de radiología, laboratorio y vacunas	20% de coaseguro	——————ninguno——————

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 (continuación)	Consulta con otro proveedor de la salud	$20 de copago/visita más $20 de copago por servicios de radiología, laboratorio y vacunas	20% de coaseguro; 50% de coaseguro para el Programa administrado de medicina física	————————ninguno————————
	Servicios preventivos/ evaluaciones/ vacunas	$20 de copago/visita; $20 de copago por servicios de radiología, laboratorio y vacunas	20% de coaseguro	Atención de menores bien cuidados pagado en su totalidad cuando es proveedor participante.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$20 de copago/visita al consultorio; $40 de copago/visita al hospital como paciente ambulatorio	20% de coaseguro en un consultorio; 10% de coaseguro o $75 (lo que sea mayor) por hospital como paciente ambulatorio	————————ninguno————————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	$20 de copago/visita al consultorio; $40 de copago/visita al hospital como paciente ambulatorio	20% de coaseguro en un consultorio; 10% de coaseguro o $75 (lo que sea mayor) por hospital como paciente ambulatorio	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 farmacia de la red: $10; 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. Los copagos para los asegurados primarios de Medicare son distintos; consulte el documento del plan para obtener información adicional.
	Nivel 2, medicamentos preferidos o compuestos	Suministro de 30 días: $15; suministro de 31-90 días en farmacia de la red: $30; 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 farmacia de la red: $70; 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		

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		Proveedores participantes	Proveedores no participantes	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	$20 de copago/cirugía en el consultorio; $30 de copago/cirugía de paciente ambulatorio no en hospital $60 de copago/cirugía de paciente ambulatorio en hospital	20% de coaseguro en ambiente de consultorio; 10% de coaseguro o $75 20% de coaseguro en ambiente de consultorio; 10% de coaseguro o $75 (lo que sea mayor) por hospital como paciente ambulatorio	Aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico.
	Tarifa del médico/cirujano	$20 de copago/cirugía	20% de coaseguro en ambiente de consultorio	
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	$70 de copago/visita	$70 de copago/visita	Se exonera el copago si es admitido
	Traslado médico de emergencia	$35 de copago/viaje	$35 de copago/viaje	No está sujeto a deducible ni coaseguro. Sin cargo por servicios de ambulancia por Salud mental y abuso de sustancias.
	Cuidado urgente	$20 de copago/visita al consultorio; $40 de copago/visita al hospital como paciente ambulatorio; $20 de copago adicional por servicios de radiología, laboratorio y vacunas	20% de coaseguro en un consultorio; 10% de coaseguro o $75 (lo que sea mayor) en un hospital	————————ninguno————————
Si lo admiten al hospital	Tarifa del hospital (habitación)	Sin cargo	10% de coaseguro	Se requiere certificación previa; $200 de penalización si no tiene certificación previa.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	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	$20 de copago/visita	20% de coaseguro	Las pruebas psicológicas requieren certificación previa para determinar si son médicamente necesarias.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Sin cargo	10% de coaseguro	————————ninguno————————

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		Proveedores participantes	Proveedores no participantes	
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias (continuación)	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	$20 de copago/visita	20% de coaseguro	Las pruebas psicológicas requieren certificación previa para determinar si son médicamente necesarias.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Sin cargo	10% de coaseguro	————————ninguno————————
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo para atención de rutina pre y posnatal.	20% de coaseguro	————————ninguno————————
	Parto y todos los servicios de internación	Sin cargo	10% de coaseguro; 20% de coaseguro por servicios del proveedor no cobrados por el hospital	Se requiere certificación previa; $200 de penalización si no tiene certificación previa.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	50% de coaseguro	Se requiere certificación previa; aplican beneficios fuera de la red si no está certificado previamente. Sin cobertura fuera de la red durante las primeras 48 horas de atención de enfermería basada en el hogar.
	Servicios de rehabilitación	$20 de copago/visita	50% de coaseguro por visitas a consultorio bajo el Programa administrado de medicina física; 10% de coaseguro o $75 (lo que sea mayor) por hospital como paciente ambulatorio	Servicios cubiertos de rehabilitación o fisioterapia en hospital como paciente ambulatorio cuando sean médicamente necesarios después de una hospitalización o cirugía relacionada.
	Servicios de recuperación de las habilidades	$20 de copago/visita	50% de coaseguro	Asignación de la red del HCAP o Managed Physical Medicine Program (Programa de medicina física controlada) dependiendo del servicio. Sin cargo cuando tiene certificación previa si el servicio está cubierto bajo HCAP. Sin máximo de coaseguro para servicios de Managed Physical Medicine Program (Programa de Medicina Física Controlada).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa		Limitaciones y excepciones
		Proveedores participantes	Proveedores no participantes	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales (continuación)	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo	50% de coaseguro por servicios cubiertos en el hogar; 10% de coaseguro en un centro de enfermería especializada	Aplican limitaciones y excepciones a la cobertura en el centro de enfermería especializada. Se requiere certificación previa; $200 de penalización si la admisión no tiene certificación previa. Aplican beneficios fuera de la red si la enfermería especializada en el hogar no tiene certificación previa. Sin cobertura fuera de la red durante las primeras 48 horas.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	50% de coaseguro	Los zapatos para diabéticos están cubiertos hasta por $500 cuando tienen certificación previa. La asignación de zapatos para diabéticos comprados a un proveedor fuera de la red es un par hasta por 75% de la asignación dentro de la red. Se requiere certificación previa; aplican beneficios fuera de la red si no está certificado previamente.
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	Pacientes hospitalizados: 10 % de coaseguro; pacientes ambulatorios: 10 % de coaseguro o $75 (lo que sea mayor)	————————ninguno————————
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No está cubierto	No está cubierto	————————ninguno————————
	Anteojos	No está cubierto	No está cubierto	————————ninguno————————
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	————————ninguno————————

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Cirugía cosmética
- Cuidado de compañía
- Atención dental (adulto y niño), excepto para corregir daño causado por un accidente
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina de la vista (adulto y niño)
- Atención de rutina para pies
- 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
- Cirugía bariátrica (con limitaciones)
- Atención quiropráctica
- Aparatos auditivos (con limitaciones)
- Tratamiento de infertilidad (con limitaciones)
- Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU.
- Servicios de enfermería privada (cubiertos únicamente bajo HCAP)

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.

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.

Parto
(parto normal)

- ☐ **El proveedor cobra:** $7,540
- ☐ **El plan paga:** $7,040
- ☐ **Usted paga:** $500

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	$2,700
Atención de rutina de obstetricia	$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	$300
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$200
Total	**$500**

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

- ☐ **El proveedor cobra:** $5,400
- ☐ **El plan paga:** $4,860
- ☐ **Usted paga:** $540

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	$2,800
Equipo médico e insumos	$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	$900
Educación sobre el cuidado	$200
Análisis de laboratorio	$100
Vacunas y otros servicios preventivos	$100
Total	**$5,400**

El paciente paga:

Deducibles	$0
Copagos	$500
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$40
Total	**$540**

¿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 lee el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el cuadro titulado "El paciente 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.