



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 866-306-1882 o visite [www.nmmip.org](http://www.nmmip.org). Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llamar al 866-306-1882 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<b>Por año calendario:</b> \$500/Individual	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	<b>Sí.</b> La <u>atención preventiva</u> , las <u>pruebas preadmisión</u> , la <u>atención médica domiciliaria</u> y los <u>cuidados paliativos</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo podría aplicarse un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	<b>No.</b> No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	No es necesario cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso personal</u> para este <u>plan</u> ?	<b>Por año calendario:</b> \$3,300/Individual	El <u>límite de desembolso personal</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso personal</u> ?	<u>Primas</u> , <u>cargos de facturación de saldo</u> y <u>atención médica</u> que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso personal</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de red</u> ?	<b>No.</b>	Este Plan no tiene red. Los beneficios bajo este Plan se pagarán de forma secundaria a Medicare según el monto permitido indicado en la Explicación de Beneficios de Medicare. Además, ciertas reclamaciones pueden estar cubiertas según la determinación de Necesidad Médica del Fondo. Este <u>plan</u> utiliza una red de proveedores. Si recibe servicios de un <u>centro fuera de la red</u> , es posible que reciba una factura del <u>centro</u> por la diferencia entre el cargo del centro y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor participante</u> podría utilizar un <u>proveedor no participante</u> para algunos servicios (como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	<b>No.</b> No necesita una referencia para ver a un <u>especialista</u> .	Podrá ver al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de referencia.



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado su **deducible** , si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor participante (Pagará menos)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si visita el consultorio o la clínica de un <b>proveedor</b> de atención médica	<u>Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</u>	20 % de coseguro después del deducible	<p><b>Cirugía en consultorio y servicios relacionados / Inyecciones para alergias / Suero / Inyecciones terapéuticas / Pruebas de alergia / Radiografías / Laboratorio / Pruebas de diagnóstico / Todos los demás servicios relacionados con el consultorio:</b>  <b>Proveedor participante:</b> 20 % de coseguro después del deducible</p> <p><b>Acupuntura:</b>  <b>Proveedor participante:</b> Coseguro del 20 % después del deducible <b>12 visitas en 90 días; se pueden permitir 8 visitas adicionales si hay mejoría. (Limitado a 20 visitas por año calendario)</b></p> <p>Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u>. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u>. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u>.</p>
	<u>Visita de especialista</u>	20 % de coseguro después del deducible	
	<u>Atención preventiva/examen/vacunación</u>	Sin cargo	
Si tiene una prueba	<u>Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno
	<u>Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor participante (Pagará menos)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información sobre la cobertura de <b>medicamentos recetados</b> disponible en <a href="http://www.elixirsolutions.com">www.elixirsolutions.com</a>	<u>Medicamentos genéricos</u>	La póliza coordinará, como pagador secundario, los beneficios de medicamentos recetados con su compañía de seguros de la Parte D de Medicare.	La póliza paga de manera secundaria a Medicare.  Debe estar inscrito en las Partes A, B y D de Medicare para recibir los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de esta póliza.  Las recetas deben surtirse en una farmacia participante de acuerdo con el plan Medicare Parte D del miembro.
	<u>Medicamentos de marca preferida</u>		
	<u>Medicamentos de marca no preferida</u>		
	<u>Medicamentos especiales</u>		
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	<u>Tarifa de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria )</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno
	<u>Honorarios del médico/cirujano</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en sala de emergencias</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno
	<u>Transporte para emergencias médicas</u>	20 % de coseguro después del deducible	Transporte limitado al hospital o centro de enfermería especializada más cercano que pueda proporcionar el tratamiento médico necesario.
	<u>Atención de urgencias</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno
<b>Si tiene una estadía en el hospital</b>	<u>Tarifa de instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)</u>	20 % de coseguro después del deducible	Se debe obtener autorización para servicios no cubiertos por Medicare.
	<u>Honorarios del médico/cirujano</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor participante (Pagará menos)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	<u>Servicios ambulatorios</u>	Sin cargo	Ninguno
	<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>	Sin cargo	Se debe obtener autorización para servicios no cubiertos por Medicare.
Si está embarazada	<u>Visitas al consultorio</u>	20 % de coseguro después del deducible	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos/prenatales de la red requeridos por PPACA. Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar deducible/coaseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	<u>Servicios profesionales de parto</u>	20 % de coseguro después del deducible	
	<u>Servicios de instalaciones de parto</u>	20 % de coseguro después del deducible	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Proveedor participante (Pagará menos)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<p><b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b></p> <p><b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales “continuación”</b></p>	<u>Atención sanitaria domiciliaria</u>	Sin cargo	Se debe obtener autorización. Limitado a 100 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de coseguro después del deducible	<b>PT/OT/ST:</b> 20 % de coseguro después del deducible
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de coseguro después del deducible	<b>Terapia ABA y rehabilitación cognitiva:</b> Sin cargo
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de coseguro después del deducible	Se debe obtener autorización para servicios no cubiertos por Medicare. Limitado a 100 días por año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de coseguro después del deducible	Ninguno
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Se debe obtener autorización para estadías en hospitales.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	<u>Examen de la vista para niños</u>	Sin cargo	Desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. Limitado a un examen de la vista cada 12 meses.
	<u>Gafas para niños</u>	Sin cargo	Limitado a un par de anteojos cada 12 meses. Reemplazo de lentes y reparaciones menores de anteojos.
	<u>Control odontológico pediátrico</u>	Sin cargo	Desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. Limitado a un examen, limpieza y pulido cada año calendario.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ).		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía estética</li><li>• Cuidado dental (adultos)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados a largo plazo</li><li>• Enfermería privada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado ocular de rutina (adultos)</li><li>• Cuidado rutinario de los pies (a menos que sea diabético)</li></ul>
Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. (Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (limitada a 20 visitas por año calendario)</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Atención quiropráctica (<del>Limitado a 20 visitas por calendario calendario</del>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos</li><li>• Tratamiento de la infertilidad (tratamiento de afecciones médicas que causan infertilidad)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li><li>• Programas de pérdida de peso (Educación y asesoramiento en salud)</li></ul>

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** No existen derechos para continuar la cobertura bajo esta póliza.

### Sus derechos de quejas y apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamación](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: NMMIP, PO Box 1090, Great Bend, KS 67530, (844) 278-7896. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su [apelación](#). Comuníquese con el Superintendente de Seguros de Nuevo México sin cargo al 1-855-427-5674 o en [www.osi.state.nm.us](http://www.osi.state.nm.us).

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene Cobertura Esencial Mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud para ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los Estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para la prima para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del Mercado.

### Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 866-306-1882.

Tagalo (Tagalo): Kung kailangan ninyo ang tulong sa tagalo tumawag sa 866-306-1882.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助,请拨打这个号码 866-306-1882.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 866-306-1882.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos bajo el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$500
- Copago del especialista \$0
- Coseguro de hospital (instalación) 20 %
- Otro coseguro 20 %

**Este evento EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicios de instalaciones de parto  
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$12,840</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,460
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,000</b>

**Cómo controlar la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- El deducible general del plan \$500
- Copago del especialista \$0
- Coseguro de hospital (instalación) 20 %
- Otro coseguro 20 %

**Este evento EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$7,460</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,380
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$1,940</b>

**La fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$500
- Copago del especialista \$0
- Coseguro de hospital (instalación) 20 %
- Otro coseguro 20 %

**Este evento EJEMPLO incluye servicios como:**

Atención en sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$2,000</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$0
Coseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$890</b>