

# TPS Welfare and Wellness Program: Thomas Protective Service, Inc.

Duración de la póliza: 01/01/2015-12/31/2015

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura para: Empleado y Dependientes | Tipo de plan: MEC Basic



**Esto es sólo un resumen.** Si desea obtener información detallada acerca de la cobertura y los costos, puede encontrar los términos completos en el documento de la póliza o plan en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com) o llame al 972-962-3686.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	\$0 por persona/\$0 por familia	Consulte el cuadro que comienza en la página 2 sus costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un <u>límite para los gastos de mi bolsillo</u> ?	No.	No hay un límite para la cantidad que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos, durante la duración de la cobertura de la póliza.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> ?	Este plan no tiene un <b>límite de gastos del bolsillo</b> .	No se aplica porque el plan no tiene un <b>límite para los gastos del bolsillo</b> .
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	No.	Para el plan todos los <b>proveedores</b> son iguales al momento de determinar el precio de los mismos servicios.
¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ?	No. No necesita una derivación para consultar a un especialista.	Usted puede consultar a cualquier <b>especialista</b> 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 5. Para averiguar cuáles son los <b>servicios excluidos</b> , vea los documentos del plan o póliza.

**Preguntas:** Llame al 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.

# TPS Welfare and Wellness Program: Thomas Protective Service, Inc.

Duración de la póliza: 01/01/2015-12/31/2015

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura para: Empleado y Dependientes | Tipo de plan: MEC Basic



- **Copagos** 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** del 20% sería de \$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 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (Conocida como **saldo de facturación**).
- Su participación en los costos no depende de si un proveedor está en una red.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del <b>proveedor</b> médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	No cubierto	No cubiertos
	Consulta con un especialista	No cubierto	
	Consulta con otro proveedor de la salud	No cubierto	No cubierto
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	coseguro del 0%	Consulte el documento del plan para obtener más información sobre beneficios y limitaciones. Los cargos están sujetos al 135% de lo permisible de Medicare.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No cubiertos	No cubiertos excepto en relación a los servicios de prevención. Los cargos están sujetos al 135% de lo permisible de Medicare.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	No cubiertos	

**Preguntas:** Llame al 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.

# TPS Welfare and Wellness Program: Thomas Protective Service, Inc.

Duración de la póliza: 01/01/2015-12/31/2015

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura para: Empleado y Dependientes | Tipo de plan: MEC Basic

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita un medicamento</b>  Para más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta</u></b> visite <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	Medicamentos genéricos	Copago de \$0	El beneficio se limita a los medicamentos preventivos con receta cubiertos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Esto se aplica a los medicamentos genéricos y a los medicamentos de marca, si no hubiera un equivalente genérico disponible. Algunos medicamentos preventivos pueden estar sujetos a limitaciones por edad, género o cantidad. Los medicamentos de venta libre requieren una receta.
	Medicamentos de marca preferidos		
	Medicamentos de marca no preferidos		
	Medicamentos especiales	No cubiertos	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (clínica)	No cubierto	No cubiertos
	Tarifa del médico/cirujano	No cubierto	
<b>Si necesita atención inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	No cubiertos	No cubiertos
	Traslado médico de emergencia	No cubierto	No cubierto
	Cuidado urgente	No cubierto	No cubierto
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	No cubierto	No cubiertos
	Tarifa del médico/cirujano	No cubierto	

**Preguntas:** Llame al 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.

# TPS Welfare and Wellness Program: Thomas Protective Service, Inc.

Duración de la póliza: 01/01/2015-12/31/2015

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura para: Empleado y Dependientes | Tipo de plan: MEC Basic

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Su costo	Limitaciones y excepciones
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	No cubiertos	No cubiertos
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	No cubiertos	
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	No cubierto	No cubiertos
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	No cubierto	
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y posparto	No cubiertos	No cubiertos
	Parto y todos los servicios de internación	No cubiertos	No cubiertos
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	No cubierto	No cubierto
	Servicios de rehabilitación	No cubiertos	No cubiertos No cubiertos
	Servicios de recuperación de las habilidades	No cubiertos	
	Cuidado de enfermería especializado	No cubierto	No cubierto
	Equipo médico duradero	No cubierto	No cubierto
	Cuidado de hospicio	No cubierto	No cubierto
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista	coseguro del 0%	Evaluación de visión de rutina cubierta hasta los 19 años de edad. Los cargos están sujetos al 135% de lo permisible de Medicare.
	Anteojos	No cubiertos	No cubiertos
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto

**Preguntas:** Llame al 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.

## 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.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- La atención afuera de EE. UU. cuando viaja es específicamente para atención médica
- Cargos no necesarios por motivos médicos
- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Atención dental
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios médicos incurridos mientras viaja fuera de los EE. UU.
- Servicio de enfermería privada
- Podología de rutina
- Programas de pérdida de peso

### Otros servicios cubiertos (Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su póliza o plan para conocer otros servicios cubiertos y sus costos para estos servicios).

- Atención de la vista de rutina

**Su derecho para continuar con la cobertura:** Si pierde la cobertura del plan, entonces, según las circunstancias, las leyes estatales y federales pueden brindar protecciones que le permitan mantener la cobertura de salud. Dichos derechos pueden tener una duración limitada y requieren que pague una **prima**, que puede ser sustancialmente superior a la prima que pagaba mientras estaba cubierto por el plan. Quizá se apliquen otras limitaciones sobre sus derechos a continuar la cobertura.

Para obtener más información acerca de sus derechos a continuar la cobertura, póngase en contacto con el plan al 972-962-3686. Asimismo, puede contactarse con el departamento de seguros de su estado, la Administración de Pensiones y Beneficios Sociales, Departamento de Trabajo de EE. UU., al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://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**. Para asuntos relacionados con sus derechos, con esta notificación o para obtener asistencia, llame al: 800-827-7223 o a la Administración de Pensiones y Beneficios Sociales, Departamento de Trabajo de EE. UU., al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**Preguntas:** Llame al 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.

# TPS Welfare and Wellness Program: Thomas Protective Service, Inc.

Duración de la póliza: 01/01/2015-12/31/2015

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura para: Empleado y Dependientes | Tipo de plan: MEC Basic

## ¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

## ¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

Para que ciertos tipos de cobertura de salud (por ejemplo, un seguro comprado individualmente o cobertura basada en el trabajo) califiquen como cobertura esencial mínima, el plan debe pagar, en promedio, por lo menos el 60% de los cargos permitidos para los servicios cubiertos. Esto se llama «estándar de valor mínimo». **Esta cobertura médica no cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

—————*Para obtener ejemplos de cómo este plan cubriría los costos de los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.*—————

**Preguntas:** Llame al 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.

## 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.

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

### Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga \$250
- El paciente paga \$7,290

#### Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$40
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$7,250
<b>Total</b>	<b>\$7,290</b>

### Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$2,980
- El paciente paga \$2,420

#### Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$720
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$1,700
<b>Total</b>	<b>\$2,420</b>

**Preguntas:** Llame al 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.

## 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 duración de la póliza.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto conforme a este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención 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 de **proveedor** 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 972-962-3686 o visite en [www.gpatpa.com](http://www.gpatpa.com)

Si tiene dudas acerca de alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario.

Puede ver el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 972-962-3686 para solicitar una copia.