



**Este es solo un resumen.** Si desea obtener más información acerca de su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos de la póliza o los documentos del plan en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com) o llamando al (866) 336-9371 (TTY 711).

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	<b>\$200</b> individual/ <b>\$600</b> familiar	Debe pagar todos los costos hasta el monto del <b>deducible</b> antes que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte su póliza o los documentos del plan para saber cuándo el <b>deducible</b> comienza nuevamente (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver cuánto paga por los servicios cubiertos luego de cumplir con el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí. <b>\$50</b> para gastos de medicamentos recetados por persona, <b>\$5,000</b> para cirugía bariátrica para empleados activos y <b>\$200</b> por servicio para ciertos servicios sin autorización previa.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <b>deducible</b> específico antes que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay un <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	Sí. <b>\$6,550</b> individual/ <b>\$13,100</b> familiar. <b>\$3,000</b> de coseguro máximo por persona.	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es el monto máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	Contribuciones, cargos facturados a saldo, atención de la salud que este plan no cubre y beneficios de cirugía bariátrica.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabilizan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .
¿Hay un límite anual total con respecto a lo que el plan paga?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para obtener un listado de los proveedores dentro de la red, consulte <a href="http://www.healthselectoftexas.com">www.healthselectoftexas.com</a> o llame al (866) 336-9371.	Si utiliza un médico u otro <b>proveedor</b> de atención médica que pertenece a la red, este plan pagará parte o la totalidad de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital de la red utilice <b>proveedores</b> que no pertenecen a la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, <b>preferido</b> o participante para <b>proveedores</b> dentro de su red. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver la forma en que este plan les paga a los distintos tipos de <b>proveedores</b> .
¿Necesito un referido para ver a un <b>especialista</b> ?	No. No se requiere un referido para ver a un especialista.	Puede ver al <b>especialista</b> que elija sin pedirle permiso al plan.
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 7. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener información adicional sobre los <b>servicios excluidos</b> .

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar 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 se calcula a manera de 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 monto que el plan paga por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por pasar la noche internado y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (Esto se conoce como **saldo de facturación**).
- Este plan puede animarlo a que use **proveedores dentro de la red** cobrándole **deducibles, copagos y coseguros** más bajos.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio de un proveedor de salud o una clínica	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una enfermedad o herida	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Consulta con un especialista	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Consulta con otro proveedor de la salud	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	30% de coseguro	-----Ninguna-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	\$100 de copago más 30% de coseguro	\$100 de copago más 30% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/cbsa/healthreform](http://www.dol.gov/cbsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
<p><b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección.</b></p> <p>Más información acerca de la <b><u>cobertura de medicamentos recetados</u></b> está disponible en <a href="http://www.caremark.com/ers">www.caremark.com/ers</a></p>	Medicamentos genéricos	\$10 de copago (no de mantenimiento), \$10 de copago (de mantenimiento); \$30 de copago (pedido por correo o suministro diario extendido)	\$10 de copago más 40% de coseguro (no de mantenimiento) \$10 de copago más coseguro del 40% (de mantenimiento); \$30 de copago más 40% de coseguro (pedido por correo o suministro diario extendido)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago (no de mantenimiento), \$45 de copago (de mantenimiento); \$105 de copago (pedido por correo o suministro diario extendido)	\$35 de copago más 40% de coseguro (no de mantenimiento) \$45 de copago más coseguro del 40% (de mantenimiento); \$105 de copago más 40% de coseguro (pedido por correo o suministro diario extendido)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar un medicamento de marca preferido, deberá pagar el copago genérico más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca preferido.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de copago (no de mantenimiento), \$75 de copago (de mantenimiento); \$180 de copago (pedido por correo o suministro diario extendido)	\$60 de copago más 40% de coseguro (no de mantenimiento) \$75 de copago más 40% de coseguro (de mantenimiento); \$180 de copago más 40% de coseguro (pedido por correo o suministro diario extendido)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor. Nota: Si hay un medicamento genérico disponible y usted decide comprar un medicamento de marca no preferido, deberá pagar el copago genérico más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el medicamento de marca no preferido.

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/cbsa/healthreform](http://www.dol.gov/cbsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos especializados	Si los adquiere en una farmacia, los medicamentos especializados tendrán cobertura como medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos según la lista anterior. De lo contrario, tendrán cobertura como un beneficio médico.	Si los adquiere en una farmacia, los medicamentos especializados tendrán cobertura como medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos según la lista anterior. De lo contrario, tendrán cobertura como un beneficio médico.	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Si requiere una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	\$100 de copago más 30% de coseguro	\$100 de copago más 30% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
Si requiere atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Traslado médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Cuidado urgente	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del hospital (p. ej. habitación)	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/cbsa/healthreform](http://www.dol.gov/cbsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita atención de salud mental, de la conducta o por abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y postparto	Sin cargo	30% de coseguro	No se aplican cargos a las visitas prenatales en el consultorio ni al parto con el obstetra dentro de la red.
	Parto y todos los servicios de internación	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$150 de copago por día por admisión más 30% de coseguro	\$750 de copago máximo por admisión. \$2,250 de copago máximo por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
<b>Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas</b>	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo (sin deducible) 30% de coseguro para la terapia de infusión a domicilio	Sin cargo (sin deducible) 30% de coseguro para la terapia de infusión a domicilio	Máximo de 100 consultas por año calendario por persona. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Servicios de recuperación de las habilidades	30% de coseguro	30% de coseguro	-----Ninguna-----
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo (sin deducible)	Sin cargo (sin deducible)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	30% de coseguro	Límite de reemplazo de uno cada 3 años por persona, a menos que haya un cambio en la afección o el estado del paciente. Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.
Cuidado de hospicio	30% de coseguro (sin deducible)	30% de coseguro (sin deducible)	Puede requerirse autorización previa. Si no obtiene autorización previa, es posible que el costo sea mayor.	
<b>Si su hijo necesita prestaciones dentales u oculares</b>	Examen de la vista	30% de coseguro	30% de coseguro	Límite de un examen de rutina por año calendario por persona.
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----
	Chequeo dental	No cubierto	No cubierto	-----Ninguna-----

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/cbsa/healthreform](http://www.dol.gov/cbsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.



## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Los servicios que su plan NO cubre.** (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Inseminación artificial
- Cirugía cosmética
- Consulta dental
- Servicios educativos, excluidos los programas de capacitación sobre autocontrol de la diabetes
- Anteojos
- Cuidado de largo plazo
- Elementos de confort personal
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos.** (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus precios).

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicio de enfermería privado
- Exámenes de la vista de rutina
- Visitas virtuales

## 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 brindar protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Estos derechos pueden tener limitaciones de tiempo y requerirán que pague una **prima**<sup>1</sup> que puede ser sustancialmente más alta que la prima que paga durante la cobertura que le brinda el plan. Su derecho a continuar con la cobertura también puede estar sujeto a otras limitaciones.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, llame al (866) 336-9371. Puede también comunicarse con el departamento de seguros de su estado, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o [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. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita ayuda, llame al (866) 336-9371 o visite [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com).

## ¿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 sí ofrece cobertura esencial mínima.**

## ¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud sí cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

## Servicios de asistencia en otros idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al (866) 336-9371 durante el horario de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. CST de lunes a viernes, y 7:00 a.m. a 3:00 p.m. CST sábado.

—————*Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*—————

<sup>1</sup> En el plan HealthSelect, el pago que realiza para la cobertura del plan médico se denomina contribución en lugar de prima.

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.



## Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en determinadas situaciones. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo en los distintos planes.



### Esta 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 de 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 \$5,430
- El paciente paga: \$2,110

#### 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 recetados	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles (medicamentos recetados + \$200 anuales)	\$250
Copagos (3 días de hospitalización)	\$450
Coseguro	\$1,410
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total</b>	<b>\$2,110</b>

Nota: Estos números asumen que el paciente ha comunicado su embarazo al plan. Si está embarazada y no ha avisado, su costo puede ser mayor. Para obtener más información, llame al (866) 336-9371.

### Cuidado de diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina para una enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$4,220
- El paciente paga: \$1,180

#### Ejemplos de los costos:

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

#### El paciente paga:

Deducibles (medicamentos recetados + \$200 anuales)	\$250
Copagos (6 meses de insulina de marca preferida)	\$270
Coseguro	\$660
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total</b>	<b>\$1,180</b>

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos se basan en los promedios nacionales suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos para una zona geográfica o un plan de salud en particular.
- La afección del paciente no es una enfermedad 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 propios 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 de cobertura?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También lo 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 de cobertura mis propias necesidades?

- ✗ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta enfermedad 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 de cobertura 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 enfermedad. 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 de salud.

### ¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted revise el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, verifique la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto más bajo sea 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 propios, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. 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 lo ayudan con los gastos propios.

**Preguntas:** Llame al (866) 336-9371 para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o visítenos en [www.healthselectoftexas.com](http://www.healthselectoftexas.com). Si tiene dudas sobre alguno de los términos subrayados utilizados en este documento, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al (866) 336-9371 para solicitar una copia.

UnitedHealthcare Services, Inc., en nombre propio y en el de compañías afiliadas, cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. UnitedHealthcare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare proporciona artículos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame gratis al 866-336-9371, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., y los sábados de 7 a.m. a 3 p.m., hora del Centro.

Si usted cree que la Compañía no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otro modo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por escrito enviándola por correo o correo electrónico. Las quejas formales se deben enviar dentro de los 60 días calendario de la fecha en que usted toma conocimiento de la acción discriminatoria y deben incluir el nombre y la dirección de la persona que las presenta, junto con el problema y la solución solicitada.

Se le enviará una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario. Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación dentro de los 15 días calendario de haber recibido la decisión.

Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130  
[UHC\\_Civil\\_Rights@UHC.com](mailto:UHC_Civil_Rights@UHC.com)

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame gratis al 866-336-9371, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., y los sábados de 7 a.m. a 3 p.m., hora del Centro.

También puede presentar una queja directamente ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en Internet, por teléfono o por correo:

En Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Teléfono: Llamada gratuita: 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Por correo: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

You have the right to get help and information in your language at no cost. To request an interpreter, please call toll-free 866-336-9371, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 7 p.m. CT and Saturday, 7 a.m. to 3 p.m. CT.

This letter is also available in other formats like large print. To request the document in another format, please call toll-free 866-336-9371, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 7 p.m. CT and Saturday, 7 a.m. to 3 p.m. CT.

1	Spanish	Tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo. Para solicitar un intérprete, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud y presione 866-336-9371 TTY 711
2	Vietnamese	Quý vị có quyền được giúp đỡ và cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để yêu cầu được thông dịch viên giúp đỡ, vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên được nêu trên thẻ ID chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, bấm số 866-336-9371 TTY 711
3	Chinese	您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥打您健保計劃會員卡上的免付費會員電話號碼，再按 866-336-9371。聽力語言殘障服務專線 711
4	Korean	귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사를 요청하기 위해서는 귀하의 플랜 ID카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 전화하여 866-336-9371 번을 누르십시오. TTY 711
5	Arabic	لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون تحمل أي تكلفة. لطلب مترجم فوري، اتصل برقم الهاتف المجاني الخاص بالأعضاء المدرج ببطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بخططك الصحية، واضغط على 866-336-9371. الهاتف النصي (TTY) 711
6	Urdu	آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی ترجمان سے بات کرنے کے لئے، ٹول فری ممبر فون نمبر پر کال کریں جو آپ کے ہیلتھ پلان آئی ڈی کارڈ پر درج ہے، 866-336-9371 دبائیں۔ TTY 711
7	Tagalog	May karapatan kang makatanggap ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang humiling ng tagasalin, tawagan ang toll-free na numero ng telepono na nakalagay sa iyong ID card ng planong pangkalusugan, pindutin ang 866-336-9371 TTY 711
8	French	Vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des renseignements dans votre langue. Pour demander à parler à un interprète, appelez le numéro de téléphone sans frais figurant sur votre carte d'affilié du régime de soins de santé et appuyez sur la touche 866-336-9371 ATS 711.
9	Hindi	आप के पास अपनी भाषा में सहायता एवं जानकारी निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिए के लिए अनुरोध करने के लिए, अपने हैल्थ प्लान ID कार्ड पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर पर फ़ोन करें, 866-336-9371 दबाएं। TTY 711

10	Persian	شما حق دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. برای درخواست مترجم شفاهی با شماره تلفن رایگان قید شده در کارت شناسایی برنامه بهداشتی خود تماس حاصل نموده و 866-336-9371 را فشار دهید. TTY 711
11	German	Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um einen Dolmetscher anzufordern, rufen Sie die gebührenfreie Nummer auf Ihrer Krankenversicherungskarte an und drücken Sie die 866-336-9371 TTY 711
12	Gujarati	તમને વિના મૂલ્યે મદદ અને તમારી ભાષામાં માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા માટે વિનંતી કરવા, તમારા હેલ્થ પ્લાન ID કાર્ડ પરની સૂચીમાં આપેલ ટોલ-ફ્રી મેમ્બર ફોન નંબર ઉપર કોલ કરો, 866-336-9371 દબાવો. TTY 711
13	Russian	Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы подать запрос переводчика позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты и нажмите 866-336-9371 Линия TTY 711
14	Japanese	ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳をご希望の場合は、医療プランのIDカードに記載されているメンバー用のフリーダイヤルまでお電話の上、866-336-9371を押してください。TTY専用番号は711です。
15	Laotian	ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຂໍຮ້ອງນາຍພາສາ, ໂທພຣີຫາຫມາຍເລກໂທລະສັບສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ກົດເລກ 866-336-9371 TTY 711