EL PLAN ESENCIAL
MANUAL PARA MIEMBROS
Visite el **nuevo portal para miembros.**

¡Es rápido, es sencillo y está disponible en su teléfono móvil!

**Affinity Health Plan** lanzó un portal para miembros renovado. El nuevo portal le ofrece acceso más sencillo a su información de atención médica, incluido el estado de sus reclamaciones y autorizaciones.

**Regístrese y obtenga una cuenta para:**

- Imprimir una copia de su tarjeta de identificación de miembro
- Escoger un médico/proveedor de atención primaria (PCP)
- Confirmar sus beneficios
- Hacer un solo pago o fijar pagos periódicos

**Experimentará lo siguiente:**

- **Navegación** fácil de usar
- **Seguridad mejorada**
- **Acceso** las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Visite **AffinityPlan.org** para registrarse.
¡Bienvenido a Affinity Health Plan!

Estamos complacidos de que haya elegido a Affinity como su cobertura de salud. Durante más de 30 años, hemos brindado servicios con orgullo a los residentes de Nueva York como usted. Nos centramos en brindarle cobertura de salud integral y de calidad, y nos enorgullece darle la bienvenida como nuestro miembro.

Affinity tiene una de las redes más amplias de médicos de atención primaria y especialistas, hospitales y otros centros de atención médica para brindarle servicios directamente en su comunidad. En vez de atenderlo solo cuando está enfermo, pueden trabajar con usted para mantenerlo saludable y controlar cualquier afección de la salud existente.

Este Manual del miembro describe sus beneficios de atención médica a través de Affinity y está diseñado para que sea más fácil aprovechar al máximo sus beneficios y servicios. Conserve este manual en un lugar seguro para usarlo como referencia rápida y fácil en el futuro.

Le recomiendo que utilice sus beneficios de Affinity y que obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable. De la manera más conveniente para usted, estamos disponibles para ayudarle a comprender la cobertura y los beneficios que tiene a su disposición, a encontrar un médico y a responder cualquier pregunta que pueda tener. Usted puede:

- Visitar uno de nuestros Centros de Servicio al Cliente. Consulte Affinityplan.org para encontrar el centro más cercano.
- Llamar a nuestro Departamento de Servicio al cliente al 866.247.5678. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro personal está disponible de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.
- Visitar nuestro sitio web, Affinityplan.org, para encontrar un médico, obtener más información sobre los programas disponibles para ayudarle a mantenerse saludable y una variedad de información útil.

Una vez más, bienvenido a la comunidad de Affinity. ¡Estamos felices de que esté aquí!

Atentamente,

Michael G. Murphy
Presidente y Director ejecutivo
ÍNDICE

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN.......................................................................................................................... 3
Guía de referencia rápida ............................................................................................................................ 3

SECCIÓN 2: CÓMO OBTENER ATENCIÓN.................................................................................................... 4
SU NUEVA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE PLAN ESencial DE AFFINITY ...4
ELECCIÓN DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP).......................................................... 5
AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS CUBIERTOS ........................................................................ 5
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA ....................................................................................................... 6
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ............................................................................................................. 7

SECCIÓN 3: SERVICIOS CUBIERTOS ......................................................................................................... 8
SERVICIOS QUE CUBRIMOS ..................................................................................................................... 8
- Atención preventiva .................................................................................................................................. 8
- Ambulancia y servicios médicos prehospitalarios de emergencia ......................................................... 8
- Servicios de emergencia ........................................................................................................................... 9
- Consultas en el departamento de emergencias de un hospital .............................................................. 10
- Ingresos en el hospital por emergencias ................................................................................................ 10
- Atención de urgencia .............................................................................................................................. 10
- Servicios profesionales y para pacientes externos .................................................................................. 10
- Segundas opiniones .................................................................................................................................. 12
- Beneficios adicionales, equipos y dispositivos ........................................................................................ 13
- Servicios para pacientes internados (que no sean de salud mental o por abuso de sustancias) ............ 14
- Servicios por abuso de sustancias ........................................................................................................... 14
  - Cobertura para medicamentos con receta ............................................................................................. 14
  - Beneficios de bienestar ......................................................................................................................... 16
BENEFICIOS ADICIONALES PARA CIERTOS SUSCRIPTORES DEL PLAN ESencial .................. 18
SERVICIOS NO CUBIERTOS ....................................................................................................................... 20

SECCIÓN 4: CÓMO FUNCIONA SU PLAN.................................................................................................. 22
INSCRIPCIÓN ............................................................................................................................................. 22
PAGO DE SU PLAN ................................................................................................................................. 22
QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR SU PLAN .................................................................................................... 22
RECLAMACIONES ..................................................................................................................................... 22
SUBROGACIÓN ........................................................................................................................................... 23
RECLAMOS .................................................................................................................................................. 23
FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA ......................................................................................................... 24
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES ............................................................................................. 24
ENVÍO DE COMENTARIOS ....................................................................................................................... 25
AVISO DE FRAUDE DE ATENCIÓN MÉDICA .......................................................................................... 25
SECCIÓN 5: RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

Resumen de sus responsabilidades de copago/coseguro según el plan

APÉNDICE

Aproveche al máximo los beneficios de farmacia
Servicio de correo: algo menos que hacer
Datos sobre los medicamentos genéricos
Formulario de pedido por correo
SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN

Este manual del miembro contiene toda la información sobre cómo funciona su plan de salud. Aquí encontrará las respuestas si desea saber cómo obtener atención cuando la necesite, qué servicios están cubiertos o con quién hablar cuando tiene una pregunta. Este manual del miembro le indica lo que debe saber sobre su plan y cómo aprovechar al máximo su cobertura. Se han hecho todos los esfuerzos necesarios para garantizar la precisión de este manual del miembro y debería responder la mayoría de sus preguntas.

Tenga en cuenta: Este manual del miembro no es su contrato con el suscriptor. El contrato con el suscriptor define en mayor detalle sus beneficios así como los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a su cobertura. Consulte el contrato con el suscriptor cuando tenga preguntas sobre sus beneficios que no se responden en este manual del miembro. Encuentre su contrato con el suscriptor al visitar AffinityPlan.org y haciendo clic sobre Planes Esenciales.

Guía de referencia rápida

NÚMEROS DE CONTACTO PARA LOS MIEMBROS
Servicio al cliente 866.247.5678
Reclamaciones 866.247.5678
Emergencia médica 911
Ingresos en el hospital por emergencia 866.247.5678

NÚMEROS DE CONTACTO PARA PROVEEDORES
Autorización previa 866.247.5678
Para ingresos por emergencia 866.247.5678

NÚMEROS PARA FARMACIAS
Servicio al cliente para los miembros 877.775.5623

OTROS SERVICIOS
Dental 866.731.8004
Vista 866.810.3312
Servicios de salud relacionados con la conducta/ el abuso de sustancias 888.438.1914

Para obtener información sobre los beneficios de salud o ayuda con traducción, llámenos al 866.247.5678, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 6.00 p. m., hora del este. Ofrecemos servicios de traducción en diferentes idiomas. Los miembros con pérdida parcial o total de la audición pueden llamar a nuestra línea TTY al 711.

For important health benefits information and/or help with translation, call us at 866.247.5678, Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m. Eastern. We offer translation services in many languages. Members with partial or total hearing loss can call our TTY line at 711.

若需了解更多医疗保险福利的重要信息或者翻译帮助，请致电 866.247.5678 联系我们。周一至周五，东部时间上午8点至下午6点。我们提供多语种的翻译服务。部分或者完全失去听力能力的会员,可以拨打听力语言残障服务专线(TTY): 711。
SECCIÓN 2: CÓMO OBTENER ATENCIÓN

SU NUEVA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE PLAN ESENCIAL DE AFFINITY

Su nueva tarjeta de identificación de miembro del Plan Esencial de Affinity llegará unas semanas después de su inscripción. La tarjeta incluye la siguiente información:

• Número de identificación del miembro
• Plan de cobertura
• Copagos de su plan (si los hay)

En la nueva tarjeta también encontrará los números de teléfono de su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP), si eligió uno, y los proveedores de beneficios. Si algún dato de la tarjeta es incorrecto, llámenos de inmediato. Lleve la tarjeta de identificación siempre con usted y muéstrela cada vez que visite a un médico.
ELECCIÓN DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

El proveedor de atención primaria (PCP) es su médico habitual. Puede elegir cualquier PCP que se encuentre en la red del Plan Esencial de Affinity.

- Nuestro directorio de proveedores en línea (Providerlookup.affinityplan.org) le indicará qué médicos y proveedores aceptan nuevos pacientes. Siempre es una buena idea llamar al consultorio del médico primero para asegurarse de que acepte nuevos pacientes.
- Si tiene una enfermedad de larga duración, puede elegir un especialista como su PCP. Todo lo que debe hacer es llamar al Servicio al cliente al 866.247.5678 y una persona le ayudará a tomar la decisión más adecuada para usted.
- Si no elige un PCP para usted y su familia en un plazo de 30 días a partir de la inscripción, automáticamente se elegirá uno por usted. Recibirá una tarjeta de identificación temporal hasta que seleccione un PCP.

También tenemos contratos con centros de salud comunitarios que prestan atención primaria y de especialidad. Algunas personas prefieren estos centros porque tienen una larga trayectoria en la comunidad o pueden ser más fáciles de acceder. Puede elegir entre un centro de salud comunitario o un PCP.

¿Qué puede hacer un PCP por usted?

- Realiza controles habituales y pruebas de detección, incluidas las pruebas de salud mental o por abuso de sustancias.
- Se asegura de que usted reciba la atención médica que necesita.
- Coordina las pruebas, los procedimientos de laboratorio o las consultas en el hospital que sean necesarios.
- Lleva sus registros médicos.
- Recomienda especialistas (cuando es necesario).
- Proporciona información sobre los servicios cubiertos que necesitan autorización previa (permiso) antes de que usted reciba el tratamiento.
- Emite recetas (cuando es necesario).
- Le ayuda a recibir servicios de salud mental o por abuso de sustancias (cuando es necesario).

Si se encuentra en un proceso de tratamiento en curso con un proveedor no participante al entrar en vigencia la cobertura del Plan Esencial de Affinity, puede recibir los servicios cubiertos del proveedor no participante para el tratamiento en curso durante 60 días como máximo a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura conforme a su contrato con el suscriptor. Debe recibir este tratamiento porque tiene una enfermedad o afección que amenaza su vida, o una enfermedad o afección degenerativa e incapacitante.

Para que usted continúe recibiendo servicios cubiertos durante un máximo de 60 días, el proveedor no participante debe aceptar nuestras tarifas como pago por esos servicios. Además, el proveedor debe aceptar proporcionarle a Affinity la información médica necesaria relacionada con su atención y respetar nuestras políticas y procedimientos, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención, obtener autorizaciones previas, remisiones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Si el proveedor acepta estas condiciones, usted recibirá los servicios cubiertos como si se los brindara un proveedor participante. Usted solo deberá pagar el costo compartido correspondiente dentro de la red. Su médico debe aceptar trabajar con Affinity.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS CUBIERTOS

Cuando se requiere una autorización previa, su PCP es responsable de obtener el permiso para los servicios de proveedores dentro de la red. Su PCP trabajará con sus otros proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa,
consulte la sección “Resumen de beneficios y cobertura” de este manual del miembro. O bien, si desea obtener la lista completa, consulte su contrato y el esquema de beneficios, o visiten en Affinityplan.org y haga clic sobre Planes Esenciales.

¿Cómo funciona el proceso de autorización previa?
Affinity revisará la solicitud de su PCP, así como los registros médicos, las pautas clínicas y las opiniones profesionales antes de tomar una decisión. Queremos asegurarnos de que la atención que reciba sea necesaria.

Si en cualquier momento usted no está de acuerdo con una parte de nuestra determinación, tiene derecho a apelar la decisión. Usted o su PCP pueden comunicarse con el Servicio al cliente al 866.247.5678 para hablar con un representante sobre su caso.

CONSULTA CON UN ESPECIALISTA
Los especialistas son proveedores que tienen una capacitación adicional y se concentran en un tipo de atención o en una parte del cuerpo. A veces, es posible que deba consultar a un especialista, como un cardiólogo (médico del corazón), un dermatólogo (médico de la piel) o un oculista (médico de la vista). Puede consultar a la mayoría de los especialistas sin una autorización previa, siempre que el especialista se encuentre dentro de la red. Para encontrar un especialista de la red, consulte a su PCP o llame a Affinity al 866.247.5678 (TTY: 711). También incluimos una lista de especialistas en nuestro directorio de proveedores disponible en línea en http://providerlookup.affinityplan.org. O bien, puede llamarnos para que le enviemos una copia.

Si determinamos que no tenemos un proveedor participante que cuente con la capacitación y experiencia adecuadas para tratar su afeción que se encuentre disponible y cerca de usted geográficamente, aprobaremos una remisión a un proveedor no participante adecuado. Cualquier servicio cubierto que se le brinde se pagará como si lo hubiera prestado un proveedor participante. Usted solo debe preocuparse de pagar el costo compartido correspondiente asociado con el plan.

¿Qué sucede si necesita servicios de especialidad?
Un requisito establece que Affinity debe emitir una autorización previa para algunos servicios de especialidad. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Servicios profesionales específicos (como una consulta con un especialista)
- Consultas como paciente externo en un hospital
- Servicios de cirugía ambulatoria
- Servicios de atención médica a domicilio
- Fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla

Su PCP puede autorizar una remisión permanente para cierta atención de especialidad de un proveedor preferido de la red si su PCP y el especialista están de acuerdo sobre un plan de tratamiento de servicios cubiertos médicamente necesarios. Recuerde que su PCP, no el especialista que lo trata, debe solicitar cualquier remisión adicional que usted pueda necesitar.

Su PCP es responsable de obtener la autorización previa de Affinity. Si recibe atención de uno de los servicios antes mencionados, no se le debe facturar un monto superior al de los copagos o coseguros correspondientes, siempre que el servicio sea prestado por un proveedor de la red.

Sin embargo, muchos servicios, como los que se detallan a continuación, no necesitan autorización previa:

- Médico obstetra/ginecólogo para mujeres (controles de rutina dos veces al año, atención de seguimiento si hay un problema)
• Tratamiento para pacientes externos por problemas de salud mental (solo la primera vez)
• Exámenes de la vista refractivos realizados por un optometrista
• Exámenes de la vista para personas diabéticas realizados por un oculista
• Atención de emergencia

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Puede suceder que el PCP que seleccionó primero no sea el adecuado para usted, o que las circunstancias de su vida cambien, o que su médico se mude o ya no trabaje. No hay problema. **Puede decidir cambiar su PCP en cualquier momento. El cambio a su nuevo PCP se realizará el primer día del mes posterior a solicitar el cambio.**

Si desea elegir otro PCP, realice lo siguiente:

• Llame al Servicio al cliente sin cargo al 866.247.5678 y solicite ayuda para elegir un PCP. El representante le dará una lista de los PCP y todos sus detalles relevantes (p. ej., información de contacto, horarios y lugares de atención, idiomas que hablan, etc.).
• Comuníquele al Servicio al cliente qué PCP eligió para usted y para cada uno de los miembros de su familia. Si su PCP tiene más de un consultorio, asegúrese de indicarle a Servicio al cliente qué consultorio desea usar.
• Haga la “consulta de paciente nuevo” lo antes posible, aunque no se encuentre enfermo. Es importante que comience a establecer una relación con su nuevo médico lo antes posible.

Si se encuentra en un proceso de tratamiento en curso cuando el proveedor deja nuestra red, puede seguir recibiendo los servicios cubiertos para el tratamiento en curso por parte del proveedor participante anterior por un máximo de 90 días a partir de la fecha en que finaliza la obligación contractual del proveedor de prestarle servicios a usted.

**Affinity continuará trabajando con el proveedor para asegurarse de que usted siga recibiendo atención. Cuando llegue el momento de seleccionar un médico nuevo, puede pedirle a su PCP una recomendación o llamar al Servicio al cliente al 866.247.5678 para solicitar ayuda.**
SECCIÓN 3: SERVICIOS CUBIERTOS

Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se mencionan en este Manual del miembro. Si un servicio o categoría de servicio no aparece específicamente como cubierto, quiere decir que nuestro plan no lo cubre. (Consulte la sección “Servicios no cubiertos” en la página 20 o consulte el Esquema de beneficios). La siguiente sección incluye los servicios que cubrimos para los miembros de Affinity.

Autorizaremos, coordinaremos y brindaremos a los miembros todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Los servicios cubiertos para su tipo de plan aparecen en la sección “Resumen de beneficios y cobertura” que comienza en la página 26 y en su Esquema de beneficios. Verifique el resumen para conocer su tipo de plan y para obtener una lista de servicios cubiertos y requisitos de autorización previa para los miembros de Affinity Health Plan. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 866.247.5678 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m., hora del este. Podemos brindarle más información sobre cualquiera de estos servicios cubiertos.

Los servicios están cubiertos solo si se consideran médicamente necesarios. Los servicios médicamente necesarios son aquellos servicios cubiertos que cumplen con los siguientes requisitos:

• Son clínicamente adecuados en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración; y se consideran eficaces para su enfermedad, lesión o afección.
• Son necesarios para la atención y el tratamiento, o el control directos de esa afección.
• Si no se brindaran esos servicios, su afección se vería negativamente afectada.
• Se proporcionan de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.
• No se proporcionan especialmente para su comodidad, la de su familia o su proveedor.

Tenga en cuenta que cuando la revisión incluye el lugar o el entorno del servicio, los servicios que se pueden prestar de manera segura en un entorno de costos más bajos no se considerarán médicamente necesarios si se realizan en un lugar de costos más altos. Por ejemplo, no cubriremos el ingreso de un paciente en un hospital para un procedimiento que se puede hacer como paciente externo.

Además de cualquier limitación incluida en el Resumen de beneficios y cobertura o en el Esquema de beneficios, podemos limitar o solicitar autorización previa para servicios cubiertos de acuerdo con la necesidad médica. Para obtener más detalles, consulte su contrato del plan.

Tanto los proveedores dentro de la red como los proveedores fuera de la red necesitan autorización previa de Affinity antes de que usted pueda concertar una cita para recibir sus servicios.

SERVICIOS QUE CUBRIMOS

Atención preventiva
Cubrimos estos servicios para promover una buena salud y la detección temprana de enfermedades. Los servicios preventivos no requieren costos compartidos (copagos y coseguros) cuando los brinda un proveedor participante. Los servicios preventivos incluyen inmunizaciones, exámenes físicos anuales, exámenes de bienestar para mujeres, procedimientos de esterilización para hombres y mujeres, pruebas de densidad ósea, pruebas de detección de cáncer de próstata y todos los demás servicios preventivos que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) requieren.

Ambulancia y servicios médicos prehospitalarios de emergencia
Los servicios médicos prehospitalarios de emergencia implican la evaluación y el tratamiento inmediatos de una afección de emergencia o el transporte (por aire, agua o tierra) al hospital más cercano donde se pueden brindar los servicios de emergencia. Estos servicios deben ser brindados por un servicio de ambulancia con un
certificado de acuerdo con la Ley de Salud Pública de Nueva York. El transporte está cubierto cuando su ausencia pudiera provocar las siguientes situaciones:

- Poner en grave peligro la salud de la persona (o de la mujer y del niño por nacer)
- Poner en grave peligro la salud de la persona o de terceros (en el caso de una afección relacionada con la conducta)
- Deterioro grave de las funciones corporales de la persona
- Disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo
- Deformación grave de la persona

El servicio de ambulancia no puede cobrarle o solicitarle un reembolso por ningún servicio de emergencia, salvo por el cobro del copago, coseguro o deducible correspondiente. Ninguno de estos servicios de emergencia requiere una autorización previa por parte del PCP o de Affinity.

En una situación que no sea de emergencia, cubrimos el transporte de un servicio de ambulancia autorizado (terrestre o aéreo) entre centros cuando el transporte es:

- Desde un hospital fuera de la red hasta un hospital de la red
- A un hospital que proporcione un nivel más alto de atención que no se encuentra disponible en el hospital de origen
- A un centro de cuidados agudos más económico
- De un centro de cuidados agudos a un centro de cuidados subagudos

El Esquema de beneficios y cobertura brinda detalles adicionales sobre las situaciones en que se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia. Los beneficios no incluyen gastos de viaje o transporte, a menos que estén relacionados con una afección de emergencia o debido a una transferencia de centros previamente aprobada.

**Servicios de emergencia**

Cubrimos las afecciones de emergencia. Una afección de emergencia es una afección médica o de la conducta que se presenta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, que se puede aliviar con atención médica inmediata. Una afección de emergencia puede incluir, por ejemplo, lo siguiente:

- Dolor de pecho intenso
- Lesiones múltiples o graves
- Dificultad grave para respirar
- Cambios repentinos en el estado mental (p. ej., desorientación)
- Sangrado intenso
- Dolor agudo o afecciones que requieran atención inmediata (p. ej., sospecha de ataque al corazón o appendicitis)
- Envenenamiento
- Convulsiones

No cubrimos atención o tratamiento proporcionados fuera de los Estados Unidos, sus territorios, Canadá o México, excepto los servicios de emergencia. Cubriremos una afección de emergencia independientemente de que el proveedor sea o no parte de la red de proveedores del Plan Esencial de Affinity. Los servicios de emergencia incluyen la evaluación y el tratamiento de una afección de emergencia para evitar que la afección empeore. Sin embargo, los servicios de emergencia y los suministros relacionados deben considerarse médicamente necesarios y realizarse para tratar o estabilizar la afección de emergencia.
Consultas en el departamento de emergencias de un hospital
Busque atención de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911 cuando requiera tratamiento para una afección de emergencia. La atención en el departamento de emergencia no requiere autorización previa. Si no está seguro de que el departamento de emergencia sea el lugar más adecuado para recibir atención, puede llamar a Affinity antes de solicitar tratamiento. Nuestros administradores de casos del Departamento de administración médica están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana y le ayudarán a dirigirse al recurso adecuado para su afección. Puede comunicarse con el Departamento de administración médica de Affinity al 866.247.5678.

La atención de seguimiento o de rutina que se proporcione en el departamento de emergencias de un hospital no está cubierta.

Ingresos en el hospital por emergencias
En el caso de ser ingresado en el hospital, usted o alguien en su nombre deben notificar a su PCP y a Affinity Health Plan llamando a nuestra línea de emergencias al 866.247.5678 en un plazo de 48 horas a partir del ingreso o lo antes posible, en la medida de lo razonable.

Atención de urgencia
La atención de urgencia se refiere a la atención médica por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona busque atención de inmediato, pero no tan grave para que necesite ir al departamento de emergencias. Puede obtener atención de urgencia de un médico participante o en un centro de atención de urgencia participante. Sí, tras recibir atención de urgencia, lo deben ingresar a emergencia, siga las mismas pautas que se detallan arriba en “Ingresos en el hospital por emergencias”.

Servicios profesionales y para pacientes externos
Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. El Resumen de beneficios y cobertura y el Esquema de beneficios tienen detalles sobre la autorización previa, los requisitos de costo compartido y las limitaciones de consultas o días que se pueden aplicar a los siguientes servicios:

- **Servicios de diagnóstico por imágenes avanzados**
  Tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), medicina nuclear y tomografía axial computarizada (CAT).

- **Pruebas y tratamientos de alergias**
  Pruebas y evaluaciones, incluidas inyecciones, y pruebas de escarificación y puntura para determinar la existencia de una alergia. También cubrimos el tratamiento de la alergia, incluidos los tratamientos de desensibilización, las inyecciones antialérgicas de rutina y los sueros.

- **Centro quirúrgico ambulatorio**
  Procedimientos quirúrgicos realizados en centros quirúrgicos ambulatorios, incluidos los servicios y suministros proporcionados por el centro el día en que se realiza la cirugía.

- **Quimioterapia**
  La quimioterapia se brinda en un centro para pacientes externos o en el consultorio de un profesional de atención médica. Los medicamentos administrados oralmente para el tratamiento del cáncer están cubiertos a través del beneficio de medicamentos con receta.

- **Servicios de quiropráctica**
  Atención quiropráctica cuando la realiza un quiropráctico en relación con la detección o corrección a través de medios manuales o mecánicos de desequilibrios, distorsiones o dislocaciones estructurales en el cuerpo humano para eliminar una interferencia nerviosa y los efectos relacionados. Esto incluye la evaluación, la manipulación y cualquier procedimiento relacionado.
Diálisis
Tratamientos de diálisis para enfermedad renal aguda o crónica.

Servicios de habilitación o rehabilitación
Servicios que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional como paciente externo o en el consultorio de un profesional de atención médica durante un máximo de 60 consultas por afección y de por vida. El límite de consultas se aplica a todas las terapias combinadas. Para los fines de este beneficio, “por afección” significa la enfermedad o lesión que causa la necesidad de la terapia.

Atención médica a domicilio
Atención proporcionada en su domicilio por una agencia de atención médica a domicilio certificada o autorizada por la agencia estatal correspondiente. La atención se debe brindar de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del PCP y se debe realizar en lugar de la hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada.

Interrupción del embarazo
Esto se refiere a abortos terapéuticos. También cubrimos abortos no terapéuticos en casos de violación, incesto o malformación fetal. Cubrimos abortos opcionales para un procedimiento por miembro y por año del plan.

Tratamiento de la infertilidad
Los servicios de infertilidad básicos se proporcionarán a un miembro que es un candidato adecuado para el tratamiento de la infertilidad. La elegibilidad se determina mediante pautas establecidas por el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva y el estado de Nueva York. Los miembros deben tener entre 21 y 44 años (inclusive) para que se consideren candidatos para estos servicios.

Tratamientos de infusión
Administración de medicamentos con sistemas de suministro especializados que, de otra manera, le exigirían estar hospitalizado. Los medicamentos o nutrientes administrados directamente en vena se consideran tratamientos de infusión. Los servicios deben ser solicitados por un médico u otro profesional de atención médica autorizado y se deben brindar en un consultorio o a través de una agencia autorizada o certificada para proporcionar tratamientos de infusión.

Procedimientos de laboratorio, pruebas de diagnóstico y servicios de radiología
Radiografías, procedimientos de laboratorio y pruebas, servicios y materiales de diagnóstico, incluidas radiografías de diagnóstico, tratamiento con rayos, fluoroscopias, electrocardiogramas (EKG o ECG), electroencefalogramas (EEG), análisis de laboratorio y servicios de radiología terapéutica.

Atención por maternidad y de recién nacidos
En cuanto usted confirme que está embarazada, le recomendamos llamar al Departamento de administración médica de Affinity Health Plan al 866.247.5678. Affinity tiene programas que le ayudan a mantenerse saludable y a mantener saludable a su bebé hasta el parto.

Medicamentos administrados en el consultorio del PCP para fines terapéuticos o preventivos
Medicamentos e inyectables (excepto los autoinyectables) usados por el proveedor en su consultorio para fines preventivos y terapéuticos.

Servicios hospitalarios para pacientes externos
Servicios hospitalarios y suministros según se describen en la sección para pacientes internados en un hospital que le pueden proporcionar mientras recibe tratamiento en un centro para pacientes externos.
Pruebas previas al ingreso
Pruebas previas al ingreso solicitadas por un médico y realizadas en centros hospitalarios para pacientes externos antes de una cirugía programada en el mismo hospital siempre que las pruebas sean necesarias y consistentes con el diagnóstico y tratamiento de la afición para la cual se realizará la cirugía; que las reservas para una cama de hospital y sala de operaciones se realicen antes de hacerse las pruebas; que la cirugía se realice en un plazo de siete días a partir de las pruebas y que el paciente esté físicamente presente en el hospital para las pruebas.

Fisioterapia y terapia del habla
Cuando esta terapia se relaciona con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión física, la solicita un médico y usted fue hospitalizado o operado a causa de esa enfermedad o lesión. Los servicios de terapia deben comenzar en un plazo de 6 meses a partir de la fecha de la lesión o enfermedad, del alta del hospital o de haber recibido atención quirúrgica para pacientes externos.

Segundas opiniones

**Para cáncer:** cubrimos una segunda opinión médica por parte de un especialista adecuado, incluido, entre otros, un especialista afiliado a un centro de atención de especialidad, en caso de un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, una reaparición de cáncer o una recomendación de un tratamiento contra el cáncer. Puede obtener una segunda opinión por parte de un proveedor no participante como si fuera de la red cuando el médico que lo atiende proporciona una remisión escrita para un especialista no participante.

**Para cirugía:** una segunda opinión quirúrgica por parte de un médico calificado sobre la necesidad de una cirugía. También es posible que necesitemos una segunda opinión antes de emitir una autorización previa para un procedimiento quirúrgico. Usted no tiene que pagar nada cuando solicitamos una segunda opinión.

Servicios quirúrgicos
Servicios de médicos para procedimientos quirúrgicos, incluidos los procedimientos de corte y operación para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y la reducción cerrada de fracturas y dislocaciones de huesos, endoscopias, incisiones o punciones de la piel en pacientes internados o externos, incluidos los servicios del cirujano o especialista, el asistente (incluido el asistente de un médico o profesional en enfermería) y el anestesista o anestesiólogo, junto con la atención prequirúrgica y posquirúrgica. No se ofrecen beneficios para servicios de anestesia prestados como parte de un procedimiento quirúrgico, cuando los presta el cirujano o su asistente.

Cirugía bucal
Cirugía bucal por un accidente o lesión, enfermedad o anomalía congénita, y extirpación de tumores o quistes. Las áreas cubiertas son los huesos de la mandíbula o el tejido que la rodea y los servicios dentales para la reparación o el reemplazo de dientes naturales intactos que sean necesarios debido a un accidente o a una lesión (cuando la reparación no sea posible).

Cirugía reconstructiva
Cirugía reconstructiva de mamas después de una mastectomía o una mastectomía parcial. La cobertura incluye todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se haya realizado la mastectomía o la mastectomía parcial; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico y complicaciones físicas de la mastectomía o la mastectomía parcial. También se cubren los implantes mamarios protésicos posteriores a una mastectomía o una mastectomía parcial.

Otras cirugías reconstructivas y correctivas cubiertas incluyen la reparación de un defecto congénito, un problema relacionado con una cirugía o posterior a una cirugía que sea resultado de un trauma, una infección o una enfermedad, o que de otra forma se considere médicamente necesario.
Trasplantes
Solo aquellos trasplantes que se determinan como no experimentales y no de investigación. Todos los trasplantes deben ser indicados por su(s) especialista(s) y deben realizarse en hospitales que hayamos aprobado y designado específicamente para realizar estos procedimientos.

Beneficios adicionales, equipos y dispositivos

Trastorno del espectro autista
Cuando un médico o un psicólogo autorizados lo indiquen y se determine como médicamente necesario. A los fines de este beneficio, “trastorno del espectro autista” significa cualquier trastorno del desarrollo generalizado definido en la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) en el momento en que se reciben los servicios, incluido el autismo, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (pervasive developmental disorder not otherwise specified, PDD-NOS).

Cubrimos exámenes de detección y diagnóstico, dispositivos de asistencia para la comunicación (cuando son aprobados), tratamiento de la salud relacionado con la conducta, y atención psiquiátrica, psicológica, terapéutica y farmacológica. Usted es responsable de pagar los deducibles, copagos o coseguros aplicables.

Equipos, suministros y educación para el autocontrol de la diabetes
Equipos, suministros y educación para el autocontrol de la diabetes si fueran recomendados o recetados por un médico u otro profesional de atención médica legalmente autorizado para recetar conforme al Título 8 de la Ley de Educación. Los equipos y suministros para la diabetes solo están cubiertos si se los obtiene de nuestros proveedores de equipos y suministros para la diabetes designados.

Cubrimos la educación para el autocontrol y la nutrición cuando se diagnostica diabetes inicialmente, cuando un médico diagnostica un cambio considerable en los síntomas o la afección que requiera un cambio en la educación para el autocontrol o cuando sea necesario un curso de actualización.

Equipo médico duradero
El equipo médico duradero incluye los siguientes equipos:
- Diseñados y pensados para el uso repetido
- Utilizados principal y normalmente con fines médicos
- Generalmente no útiles para una persona que no tenga una enfermedad o lesión
- Adecuados para su uso en el hogar

Solo se cubren equipos estándares. Se cubren las reparaciones o los reemplazos como resultado del uso o desgaste normales. Affinity Health Plan determinará si se debe alquilar o comprar el equipo.

Otros beneficios cubiertos
Cubrimos otros equipos, dispositivos o servicios médicos que se consideren médicamente necesarios, incluidos los siguientes:
- Dispositivos ortopédicos de uso externo que ayuden de manera temporal o permanente, total o parcialmente, en el funcionamiento de una parte externa del cuerpo que se haya perdido o dañado debido a una lesión, enfermedad o defecto
- Audífonos necesarios para la corrección de un problema auditivo
- Atención en un hospicio si el PCP ha certificado que tiene 6 meses de vida o menos
- Suministros médicos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta en virtud de este contrato
- Dispositivos protésicos (internos o externos)
Servicios para pacientes internados (que no sean de salud mental o por abuso de sustancias)

Cubrimos servicios hospitalarios para pacientes internados para cuidados agudos o tratamiento prestado o indicado por un profesional de atención médica en el caso de una enfermedad, lesión o afección cuya gravedad exija un tratamiento como paciente internado. Los requisitos de costo compartido en el Esquema de beneficios se aplican a una hospitalización continua. Una hospitalización continua incluye días consecutivos de servicios hospitalarios que se reciben como paciente internado o estadias sucesivas cuando se da el alta y se reingresa en el hospital en un plazo no superior a 90 días. Esto incluye lo siguiente:

- Servicios de observación
- Atención por mastectomía
- Servicios en bancos de sangre autólogos
- Servicios de rehabilitación
- Centro de atención de enfermería especializada
- Atención para pacientes terminales

Atención psiquiátrica

**Pacientes internados:** cubrimos servicios de atención psiquiátrica para pacientes internados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales comparables con otra cobertura hospitalaria, médica y quirúrgica similar brindada por nuestro plan. No obstante, la cobertura de servicios para pacientes internados por atención psiquiátrica se limita a los centros indicados en la subdivisión 10 de la Ley de Salud Mental de Nueva York § 1.03.

**Pacientes externos:** cubrimos servicios de atención psiquiátrica para pacientes externos, incluidos, entre otros, los servicios de programas de hospitalización parcial y los servicios de programas intensivos para pacientes externos, relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales.

El médico o el centro deben contar con la autorización adecuada para prestar servicios de atención psiquiátrica.

Servicios por abuso de sustancias

**Pacientes internados:** cubrimos servicios por abuso de sustancias para pacientes internados relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo o el abuso o la dependencia de sustancias. Esto incluye la cobertura de servicios de rehabilitación o desintoxicación como consecuencia del abuso de sustancias o de sustancias químicas. Los servicios por abuso de sustancias para pacientes internados se limitan a los centros en el estado de Nueva York que estén certificados por la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) y, en otros estados (con autorización previa), a aquellos acreditados por la Comisión Conjunta, como programas de tratamiento del alcoholismo, abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas.

**Pacientes externos:** cubrimos servicios por abuso de sustancias para pacientes externos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo o el abuso o la dependencia de sustancias. Dicha cobertura se limita a centros en el estado de Nueva York, certificados por la OASAS o autorizados por la OASAS como centros para pacientes externos o programas ambulatorios de abuso de sustancias con supervisión médica y, en otros estados, a aquello acreditados por la Comisión Conjunta como programas de tratamiento del alcoholismo o dependencia de sustancias químicas. La cobertura también está disponible en un entorno de consultorio profesional para los servicios por abuso de sustancias para pacientes externos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo o el abuso o la dependencia de sustancias.

También cubrimos hasta 20 consultas para pacientes externos en concepto de asesoramiento familiar.

Cobertura para medicamentos con receta

Cubrimos medicamentos con receta para pacientes externos médicamente necesarios que puedan obtener solo conforme a una receta. Para obtener el formulario de medicamentos completo, puede visitar nuestro sitio web.
en Affinityplan.org. También puede solicitar una copia del formulario de medicamentos o consultar acerca de la cobertura de un medicamento específico llamando al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. Es posible que deba pagar una parte del costo compartido relacionado con los medicamentos con receta que utiliza. El Resumen de beneficios y cobertura que comienza en la página 26 y el Esquema de beneficios tienen más detalles sobre el costo compartido de sus medicamentos con receta.

Pagaremos un suministro de 30 días adquirido en una farmacia minorista o una farmacia designada. Los beneficios se ofrecen para los medicamentos obtenidos a través de una farmacia de pedidos por correo con un suministro máximo de hasta 90 días. Solo los medicamentos de mantenimiento (medicamentos que se utilizan para tratar afecciones crónicas) están cubiertos a través de las farmacias de pedidos por correo. También brindaremos los beneficios que se aplican a los medicamentos obtenidos a través de una farmacia de pedidos por correo a aquellos que se obtengan en una farmacia minorista cuando esta tenga un acuerdo con nosotros para seguir los mismos términos y condiciones que una farmacia de pedidos por correo participante.

Es posible que se necesite una autorización previa para determinados medicamentos con receta, a fin de garantizar que se respeten el uso y las pautas adecuadas para la cobertura para medicamentos con receta. A fin de determinar si un medicamento con receta requiere autorización previa, llame al servicio al cliente al 866.247.5678 o consulte la lista de medicamentos cubiertos en el sitio web en Affinityplan.org/Members/Essential-Plan/Plan-Resources/Plan-Resources.

Debe presentar la identificación de miembro del Plan Esencial de Affinity en la farmacia minorista para utilizar el plan de beneficios de medicamentos. Es posible que deba presentar una identificación personal para verificar que usted es el titular de la tarjeta.

Usted es responsable de pagar el costo completo (el monto que la farmacia le cobra) por cualquier medicamento con receta que no esté cubierto. No pagaremos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia minorista o de pedidos por correo no participante, excepto en caso de que las farmacias participantes no puedan brindarle el medicamento con receta cubierto o no puedan encargar el medicamento con receta dentro de un plazo razonable. Es posible que se requiera una autorización previa.

**Resurtidos**
Cubrimos resurtidos de medicamentos con receta solo cuando los compra en farmacias minoristas, de pedidos por correo o designadas, según lo indique su médico y solo después de que se haya usado el 85% del medicamento con receta original. Los beneficios de resurtidos no se brindarán transcurrido un año a partir de la fecha de la receta original o un plazo menor si la persona autorizada a dar recetas así lo indica. En el caso de medicamentos con receta de gotas para los ojos, permitimos el resurtido limitado del medicamento con receta antes del último día del período de dosis aprobado, independientemente de las limitaciones de cobertura en resurtidos de renovaciones anticipados.

**Niveles de medicamentos con receta**
El estado del nivel de un medicamento con receta puede variar de forma periódica. Los cambios suelen producirse cada tres meses, pero no más de seis veces por año del plan, según nuestras decisiones periódicas sobre los niveles. Este cambio puede producirse sin aviso previo. No obstante, si el medicamento con receta que usa pasa a un nivel más alto, se le notificará sobre el cambio.

**Tratamiento escalonado**
El tratamiento escalonado es un proceso mediante el cual quizás deba usar un tipo de medicamento con receta antes de que cubramos otro como médica necesariamente. Controlamos determinados medicamentos con receta para garantizar que se respeten las pautas adecuadas en cuanto a las recetas. Estas pautas le ayudan a obtener medicamentos con receta de alta calidad y económicos.
**Limitaciones/condiciones de la cobertura para medicamentos con receta**

1. Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, el suministro de días, el acceso a resurtidos anticipados o la duración del tratamiento en el caso de determinados medicamentos, según la necesidad médica, incluidos los estándares médicos aceptables o las pautas recomendadas por la FDA.

2. Si determinamos que puede estar utilizando un medicamento con receta de forma dañina o abusiva, o con una frecuencia perjudicial, es posible que se limite su selección de las farmacias participantes. Los beneficios se pagarán solo si utiliza una única farmacia participante seleccionada.

3. Los medicamentos con receta compuestos estarán cubiertos solo cuando contengan al menos un ingrediente que constituya un medicamento con receta cubierto, sea médicamente necesario y se obtenga en una farmacia aprobada para la venta de medicamentos compuestos. Todos los medicamentos con receta compuestos que cuesten más de $250 requieren que el proveedor obtenga una autorización previa.

4. De vez en cuando, se utilizarán diversos protocolos de “administración de uso” generalizados o específicos, a fin de garantizar el uso adecuado de los medicamentos. El principal objetivo de los protocolos es brindarles a nuestros miembros un beneficio de medicamentos centrado en la calidad. En caso de que se implemente un protocolo de administración de uso, y usted esté tomando el medicamento afectado por el protocolo, se le notificará con anticipación.

5. No cubrimos medicamentos que por ley no requieran una receta, excepto en el caso de medicamentos para dejar de fumar o de otra forma estipulada en el contrato del plan.

6. No cubrimos medicamentos con receta que tengan equivalentes sin receta y de venta libre. Los equivalentes sin receta son medicamentos disponibles sin una receta que tienen el mismo nombre/la misma composición química que la contraparte con receta.

7. No cubrimos medicamentos con receta para reemplazar aquellos que puedan haberse extraviado o sustraído.

8. No cubrimos medicamentos con receta que usted obtenga mientras se encuentra en un hospital, hogar de convalecencia, otra institución o centro, o si usted es un paciente que recibe atención a domicilio, excepto en aquellos casos donde la base del pago de su parte o en su nombre al hospital, hogar de convalecencia, agencia de atención a domicilio, agencia de servicios de atención a domicilio u otra institución no incluya los servicios de medicamentos.

9. Nos reservamos el derecho de rechazar los beneficios que no sean médica necesarios o que sean experimentales o de investigación respecto de medicamentos recetados u obtenidos de forma contraria a las prácticas médicas estándares.

10. Una farmacia no tiene la obligación de entregar un pedido de medicamento con receta que, según el criterio del profesional de la farmacia, no deba surtirse.

11. No cubrimos complementos nutricionales (fórmulas), fórmulas enterales sin receta ni productos alimenticios sólidos modificados, excepto según se describe en virtud del medicamento con receta cubierto para pacientes externos.

**Beneficios de bienestar**

Reembolsaremos al miembro y al cónyuge cubierto del miembro de forma parcial por los costos en determinados centros de ejercicios o costos de membresías, pero solo si esos costos se pagan en centros de ejercicios aprobados que tengan equipos y programas que promuevan el bienestar del corazón. El reembolso se limita a las sesiones de entrenamiento reales. No reembolsaremos el costo de equipos, ropa, vitaminas u otros servicios (masajes, yoga, etc.) que puedan ofrecerse en el centro.
A fin de ser elegible para el reembolso, debe cumplir con los siguientes requisitos:

(a) **Ser miembro activo del centro de ejercicios.**
(b) **Completar 50 sesiones en un plazo de seis meses.**

Al final del período de 6 meses, debe presentar un formulario de reembolso por ejercicios completo, que puede obtener en el Departamento de Servicio al cliente de Affinity (llame al 866.247.5678 para obtener información). Cada vez que concurra al centro de ejercicios, un representante del centro debe firmar y colocar la fecha en el formulario de reembolso. Una vez que recibamos el formulario de reembolso completo y se apruebe la documentación, usted recibirá un reembolso de $200 para el miembro o el costo real de la membresía por un período de seis meses, el monto menor.
BENEFICIOS ADICIONALES PARA CIERTOS SUSCRIPTORES DEL PLAN ESENCIAL

Los beneficios adicionales se aplican solo a determinados suscriptores del Plan Esencial (EP).

NOTA: Consulte la sección Esquema de beneficios de este manual o su contrato con el suscriptor para determinar su elegibilidad, los requisitos de costos compartidos, las limitaciones de días o consultas y cualquier requisito de autorización previa o remisión que se aplique a estos beneficios.

Servicios dentales
Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales regulares y de rutina, como controles dentales preventivos, limpieza, radiografías, empastes y otros servicios por cambios o anormalidades que puedan requerir tratamiento o atención de seguimiento. No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista. Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a DentaQuest al 866.731.8004, de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 5.00 p.m., o comuníquese con nosotros al 866.247.5678, de lunes a viernes, de 8.30 a.m. a 6.00 p.m.

Servicios de ortodoncia
La ortodoncia se cubre cuando necesita un tratamiento quirúrgico médicamente necesario, como una cirugía reconstructiva de la mandíbula.

Servicios de la vista
Ofrecemos atención de la vista a través de un contrato con Superior Vision, experto en brindar servicios de la vista de alta calidad. Cubrimos los siguientes servicios de la vista:

- Servicios de oftalmólogos, ópticas y optometristas, cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y reemplazo de anteojos perdidos o destruidos, incluidas las reparaciones, cuando son médicamente necesarias. Los ojos artificiales están cubiertos cuando los solicita un proveedor del plan.
- Exámenes de la vista, generalmente cada dos años, salvo que por cuestiones médicas deban realizarse con mayor frecuencia.
- Examen y dispositivos para baja visión indicados por su médico.
- Remisiones a especialistas para defectos visuales o enfermedades oculares.

Si necesita encontrar un oculista o cambiar de oculista, llame a Superior Vision al 866.810.3312, de lunes a viernes, de 9.00 a.m. a 8.00 p.m., o comuníquese con nosotros al 866.247.5678, de lunes a viernes, de 8.30 a.m. a 6.00 p.m.

Medicamentos sin recetas (medicamentos de venta libre u OTC)
Además de la cobertura para medicamentos con receta antes detallada, cubrimos medicamentos sin receta o de venta libre (over-the-counter, OTC), suministros médicos, baterías para audífonos cuando los solicita un proveedor autorizado.

Servicios de cuidado para los pies
Cubrimos el servicio de cuidado de rutina para los pies que reciba de proveedores autorizados si su afección física representa un peligro debido a la presencia localizada de enfermedades, lesiones o síntomas que involucren el pie, o cuando se realiza como parte integral necesaria de servicios que de otra manera estarían cubiertos, como el diagnóstico o tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. No cubrimos el cuidado higiénico de rutina de los pies, el tratamiento de durezas y callos, el corte de uñas ni la limpieza o baños de pies, a menos que tenga una afección patológica por la cual necesite recibir esos servicios.

Calzado ortopédico
Cubrimos el calzado ortopédico cuando se usa para corregir, alinear o prevenir una deformidad física o la disfunción del rango de movilidad de una parte del tobillo o pie lesionada o enferma, para sostener una estructura del tobillo o pie debilitada o deformada, o para que sea parte integral de un dispositivo para el pie. La
cobertura incluye calzados, modificaciones en el calzado y plantillas para el calzado. No cubrimos calzados deportivos ni zapatillas.

**Servicios de planificación familiar**

Puede recibir ciertos servicios adicionales de salud reproductiva y planificación familiar, ya sea de proveedores participantes o de un proveedor de salud de Medicaid adecuado de su elección. No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios. Si consulta a un proveedor de salud de Medicaid adecuado, deberá abonar el mismo costo que pagaría si consultara a uno de nuestros proveedores participantes. A continuación, se detallan los servicios de salud reproductiva y planificación familiar que puede recibir de cualquier proveedor de salud de Medicaid o de un proveedor participante:

1. Pruebas de detección, diagnóstico relacionado, tratamiento ambulatorio y remisiones a un proveedor participante, según sea necesario, para tratar dismenorreas, cáncer de cuello de útero u otras anormalidades pélvicas.
2. Pruebas de detección, diagnóstico relacionado y remisiones a un proveedor participante para tratar la anemia, el cáncer de cuello de útero, la glucosuria, la proteinuria, la hipertensión, el cáncer de mama y el embarazo.
3. La prueba de VIH y el asesoramiento previo y posterior a la prueba, cuando forma parte de la consulta de planificación familiar.

Debe consultar a un proveedor participante para que cubramos los siguientes servicios de salud reproductiva y planificación familiar:

1. Tratamiento de la infertilidad, conforme a lo estipulado en los servicios de planificación familiar descritos en la sección VI.
2. Atención ginecológica de rutina, que incluye histerectomías, según lo descrito en la sección Servicios para pacientes externos de su contrato con el suscriptor.
3. Cualquier otro servicio de salud reproductiva y planificación familiar que no se haya especificado anteriormente.

**Transporte que no sea de emergencia**

Ciertos suscriptores de EP también son elegibles para el traslado médico que no es de emergencia, administrado por el estado de Nueva York, que incluye vehículos personales, autobuses, taxis, ambulancias y transporte público para asistir a citas médicas. Usted o su proveedor deben llamar al proveedor que figura en continuación para organizar el traslado:

- NYC (Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island): Logisticare 877.564.5922
- Long Island (Nassau y Suffolk): Logisticare 844.678.1103
- Todos los demás condados: Medical Answering Services 800.850.5340

Puede encontrar esta información en línea en https://www.emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation_PA_Guidelines_Contact_List.pdf.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar al proveedor al menos tres días antes de la cita médica e informar la fecha y hora de la cita, dirección del lugar y médico al que consulta.
SERVICIOS NO CUBIERTOS
Este plan no ofrece cobertura para los siguientes servicios:

Transporte aéreo
No cubrimos servicios de transporte aéreo, excepto como pasajero con boleto en un vuelo chárter o programado, operado por una aerolínea regular.

Cuidado asistencial y de convalecencia
No cubrimos servicios relacionados con curas de descanso, cuidado asistencial ni transporte. El “cuidado asistencial” implica ayuda para transportarse, comer, vestirse, bañarse, ir al baño y otras actividades relacionadas. El cuidado asistencial no incluye servicios cubiertos determinados como médicamente necesarios.

Servicios estéticos
A menos que se especifique lo contrario, no cubrimos servicios estéticos, medicamentos con receta para estos servicios ni cirugías. La cirugía estética no incluye la cirugía reconstructiva cuando ese servicio está relacionado con una cirugía (o es posterior a ella) a causa de un traumatismo, una infección o enfermedades de la parte involucrada, y la cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénitas de un hijo cubierto por el plan, que ha provocado un defecto funcional. También cubrimos servicios relacionados con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, tal como se detalla en el contrato con el suscriptor. La cirugía estética no incluye cirugías consideradas médicamente necesarias. Si se presenta retroactivamente y sin información médica una reclamación por un procedimiento enumerado en la Regulación 11 NYCRR 56 (por ejemplo, ciertas cirugías plásticas y procedimientos dermatológicos), el rechazo no estará sujeto al proceso de revisión de utilización en las secciones de apelación externa y revisión de utilización de su contrato con el suscriptor, salvo que se presente información médica.

Cobertura fuera de los Estados Unidos, Canadá o México
No cubrimos atención o tratamiento proporcionados fuera de los Estados Unidos, sus territorios, Canadá o México, excepto los servicios de emergencia, servicios médicos prehospitalarios de emergencia y servicios de ambulancia para tratar una afección de emergencia.

Servicios dentales
No cubrimos los servicios dentales, excepto en los siguientes casos: atención o tratamiento debido a una lesión accidental en dientes naturales sanos en un plazo de 12 meses a partir del accidente; atención dental o tratamiento necesarios debido a una enfermedad o anomalía congénitas; atención dental o tratamiento cuando se indique específicamente en la sección de servicios profesionales y para pacientes externos de su contrato con el suscriptor.

Tratamiento experimental o de investigación
No cubrimos servicios de atención médica, procedimientos, tratamientos, dispositivos ni medicamentos con receta que sean experimentales o de investigación. Sin embargo, cubrimos los tratamientos experimentales o de investigación, incluido el tratamiento para una enfermedad poco común o los costos del paciente que surjan de su participación en un ensayo clínico, tal como se describe en la sección de servicios profesionales y para pacientes externos de su contrato con el suscriptor, o cuando un agente de apelaciones externas autorizado por el estado anule nuestro rechazo de los servicios. No obstante, en el caso de los ensayos clínicos, no cubriremos los costos de ningún medicamento o dispositivo de investigación, los servicios que no sean de atención médica que usted solicite para recibir el tratamiento, los costos relacionados con la administración de la investigación ni los costos de tratamientos que no son de investigación que este contrato con el suscriptor no cubriría. Consulte las secciones revisión de utilización y apelación externa de su contrato con el suscriptor para obtener más detalles de sus derechos de apelación.

Participación en un delito
No cubriremos enfermedades, tratamientos ni afecciones médicas que surjan de su participación en un delito, disturbio o sublevación. Esta exclusión no se aplica a la cobertura para servicios que involucren las lesiones que sufra una víctima de un acto de violencia doméstica o servicios que sean consecuencia de su afección médica (incluidas las afecciones de salud física y mental).
**Cuidado de los pies**
No cubrimos el cuidado de rutina de los pies relacionado con durezas, callos, pies planos, arcos vencidos, debilidad en los pies, esguinces crónicos o malestar sintomático en los pies, salvo que se indique específicamente en su contrato con el suscriptor. No obstante, cubriremos el cuidado de los pies si usted tiene una afección médica o enfermedad específicas que causen insuficiencias circulatorias o entumecimiento en la zona de las piernas o los pies.

**Centros gubernamentales**
No cubriremos la atención o el tratamiento proporcionados en un hospital que sea propiedad de una agencia federal, estatal o de otra agencia gubernamental, o que sea dirigido por estas, excepto que la ley indique lo contrario o que lo trasladen a ese hospital porque se encuentre cerca del lugar donde se lesionó o enfermó, y recibe allí los servicios de emergencia para tratar la afección de emergencia.

**Médicamente necesario**
En general, no cubriremos servicios de atención médica, procedimientos, tratamientos, exámenes, dispositivos ni medicamentos con receta que no consideremos médicamente necesarios. Sin embargo, si un agente de apelaciones externas certificado por el estado revierte nuestra denegación, cubriremos el servicio, procedimiento, tratamiento, examen, dispositivo o medicamento con receta para el cual se haya rechazado la cobertura, en la medida en que dicho servicio, procedimiento, tratamiento, examen o medicamento con receta esté de otra forma cubierto conforme a los términos del contrato con el suscriptor.

**Programa de Medicare u otro programa gubernamental**
No cubrimos los servicios si se prestan beneficios para esos servicios conforme al programa de Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

**Servicio militar**
No cubrimos enfermedades, tratamientos ni afecciones médicas que sean resultado del servicio en las Fuerzas Armadas o en unidades auxiliares.

**Seguro de automóviles sin culpa**
No cubrimos ningún beneficio, dentro de los límites previstos, por una pérdida o parte de ella para la cual se recuperan, o pueden recuperarse, los beneficios del seguro de automóvil obligatorio sin culpa. Esta exclusión se aplica incluso si no presenta una reclamación adecuada o oportuna para los beneficios que tiene disponibles conforme a una póliza obligatoria sin culpa.

**Servicios no detallados**
No cubrimos los servicios que en el contrato con el suscriptor no figuren como cubiertos.

**Servicios que presta un familiar**
No cubrimos los servicios que preste un miembro de la familia cercana de la persona cubierta. “Familia cercana” significa hijos, cónyuge, madre, padre, hermana o hermano de usted o de su cónyuge.

**Servicios que los empleados del hospital facturan por separado**
No cubrimos los servicios que los empleados de hospitales, laboratorios u otras instituciones presten y facturen por separado.

**Servicios sin costo**
No cubrimos los servicios para los que no suele aplicarse un costo.

**Servicios de la vista**
No cubrimos el examen ni la colocación de anteojos o lentes de contacto.

**Guerra**
No cubrimos enfermedades, tratamientos ni afecciones médicas que sean resultado de una guerra, declarada o no.

**Compensación laboral**
No cubrimos los servicios cuyos beneficios se presten conforme a la compensación laboral federal o estatal, la ley de responsabilidad del empleador o de enfermedad laboral.
SECCIÓN 4: CÓMO FUNCIONA SU PLAN

INSCRIPCIÓN
A partir del 1 de enero de 2019, usted podrá inscribirse en este plan en cualquier momento del año. Si el NY State of Health (NYSOH) recibe su decisión el día 15 de cualquier mes (o antes), la entrada en vigencia de la cobertura será el primer día del mes siguiente, siempre que se haya recibido el pago de la prima correspondiente para ese entonces. Si el NYSOH recibe su decisión el día 16 de cualquier mes (o después), la entrada en vigencia de la cobertura será el primer día del mes posterior al mes siguiente. Por ejemplo, si realiza la selección el 16 de enero, la cobertura comenzará el 1 de marzo.

PAGO DE SU PLAN
La mayoría de los Planes Esenciales de Affinity no requieren que pague una prima por la cobertura de atención médica. Una prima es una factura mensual que paga a Affinity Health Plan por los beneficios de salud del Plan Esencial de Affinity. Si debe pagar una prima, podrá comenzar a realizar los pagos mensuales en línea inmediatamente después de seleccionar el Plan Esencial de Affinity. Puede acceder a las opciones de pago en nuestro sitio web en Affinityplan.org/Members/Essential-Plan/Make-A-Payment/Make-A-Payment.

Cuando se inscribe en un plan por primera vez, tiene un período de gracia de 10 días antes de que su primer pago sea vencido. Esto significa que tendrá hasta el día 10 del mes en que comienza la cobertura para realizar el primer pago. Si no recibimos el primer pago en el plazo de 10 días, es posible que se cancele su plan.

QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR SU PLAN
Usted, el miembro para quien se emite este manual del miembro, está cubierto por el plan. Es necesario que usted viva, trabaje o resida en nuestra área de servicio para recibir la cobertura. Debe tener un ingreso familiar que no supere el 200% del nivel federal de pobreza. Si está inscrito en Medicare o Medicaid, no es elegible para adquirir este plan. Usted tampoco es elegible para adquirir este plan si su ingreso es superior al 138% del nivel federal de pobreza y cumple con los siguientes requisitos:

• Es menor de 19 años.
• Es mayor de 64 años.

Debe informar los cambios que podrían afectar su elegibilidad durante el año.

RECLAMACIONES
Una reclamación es una solicitud de que los beneficios o los servicios sean proporcionados o pagados según los términos de su contrato con el suscriptor. Cuando usted recibe servicios de un proveedor participante, no tendrá que hacernos llegar un formulario de reclamación. Sin embargo, si usted recibe los servicios de un proveedor fuera de la red, usted o el proveedor deben completar un formulario de reclamación ante Affinity. Si el proveedor fuera de la red no está dispuesto a completar el formulario de reclamación, tendrá que completarlo usted mismo. No se aceptarán reclamaciones incompletas. Los formularios de reclamación están disponibles en línea en Affinityplan.org/Members/Essential-Plan/Plan-Resources/Plan-Resources.

• Las reclamaciones deben incluir toda la información que consideremos necesaria para procesarlas.
• Las reclamaciones deben ser enviadas en un plazo de 120 días de haber recibido el servicio.
• Es posible que no paguemos reclamaciones para remisiones prohibidas.
• Las determinaciones de las reclamaciones se harán en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la reclamación y se le dará aviso por escrito a usted o a quien usted designe, que puede ser su proveedor.
Las decisiones sobre los requisitos de autorización previa o remisiones se harán en un plazo de 15 días de la recepción si toda la información necesaria está incluida en el momento de la presentación. Usted o su designado serán notificados por escrito. Para revisiones urgentes previas al servicio, se tomará una determinación y usted, su designado o su proveedor serán notificados por teléfono en un plazo de 72 horas. Esto no incluye servicios o procedimientos opcionales.

**Determinaciones de reclamaciones.** Nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones aplica a todas las reclamaciones que no se relacionen con una determinación experimental, de investigación o necesidad médica. Por ejemplo, nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones se aplica a denegaciones de remisiones y beneficios contractuales. Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación, puede presentar un reclamo según los términos de su contrato.

**SUBROGACIÓN**

Esto significa que tenemos el derecho, independientemente de usted, de proceder directamente en contra de la parte que pueda ser responsable de su lesión para recuperar los beneficios que hemos proporcionado relacionados con esa lesión, herida o afección. Podemos tener el derecho de reembolso si usted o alguien en su nombre reciben el pago de un tercero responsable del monto resultante de un acuerdo, veredicto o seguro en conexión con la lesión, enfermedad o afección para la cual hayamos proporcionado beneficios. Requerimos que usted nos notifique en un plazo de 30 días desde la fecha en la que se haya notificado a cualquiera de las partes, incluida una compañía de seguros o un abogado, de su intención de presentar o investigar una reclamación para obtener una compensación por daños y perjuicios o obtener una compensación por lesión, enfermedad o afección para la cual hayamos proporcionado beneficios.

**RECLAMOS**

El procedimiento de reclamos se aplica a cualquier cuestión no relacionada con una determinación experimental, de investigación o necesidad médica emitida por nosotros. Se aplica a denegaciones de beneficios contractuales o cualquier problema/inquietud que usted tenga en relación con nuestras políticas administrativas o el acceso a proveedores. Usted o su designado tienen hasta 180 días calendario desde la fecha de la determinación para presentar el reclamo.

- Le dejaremos saber que recibimos su reclamo en un plazo de 15 días hábiles proporcionándole la información de contacto para el revisor de su caso.
- Todas las solicitudes y discusiones son completamente confidenciales.
- Según la urgencia y el tipo de reclamo, usted será notificado en un plazo de 72 horas (reclamos urgentes/accelerados) o hasta 30 días calendario por escrito después de haber recibido toda la información.

Para presentar un reclamo, comuníquese con nosotros por teléfono al 866.247.5678, en persona en uno de nuestros centros de servicio comunitario de Affinity Health Plan, o por escrito. También puede presentar un reclamo verbal en relación con la denegación de una remisión o la determinación de un beneficio cubierto. Si no está satisfecho con la determinación, puede comunicarse con el Departamento de Salud del estado de Nueva York al 800.206.8125, a través de health.ny.gov, por correo electrónico a managedcarecomplaint@health.ny.gov o por correo a Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237.

**Apelación externa**

En algunos casos, usted tiene derecho a una apelación externa de una denegación de cobertura. Esto se aplica cuando le hemos negado cobertura debido a que un servicio no cumple con nuestros requisitos de necesidad médica, es un tratamiento experimental o de investigación o es un tratamiento fuera de la red. Para que usted sea elegible para una apelación externa:
• El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser un servicio cubierto de otra manera conforme a su plan.
• Usted debe haber recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelaciones internas.

Usted tiene 4 meses desde la recepción de una determinación adversa final o desde la recepción de una exención de un proceso de apelaciones internas para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA
La finalización de la cobertura no afecta el derecho de reclamar beneficios que se prestaron antes de su finalización. Usted puede finalizar su cobertura en cualquier momento si avisa por escrito al menos 30 días antes.

La cobertura conforme a este plan finaliza de manera automática en las siguientes situaciones:
1. Tras su muerte.
2. Cuando cumple 65 años. La cobertura terminará al final del mes en el que cumple los 65 años o resulta ser elegible para Medicare.
3. Si resulta ser elegible para Medicaid o se inscribe en un programa de Medicaid. Su cobertura terminará al final del mes en el que se determina que es elegible para Medicaid.
4. Si su ingreso es superior al 200% del nivel federal de pobreza. Su cobertura terminará al final del mes en que su ingreso se modificó.
5. Si su estado de inmigración sufrió alguna modificación por la cual es elegible para otra cobertura, incluido Medicaid, su cobertura terminará al final del mes antes de que se determine que es elegible para Medicaid.

Para obtener más detalles sobre la finalización de la cobertura, consulte su contrato con el suscriptor. Puede encontrar una copia de su contrato con el suscriptor en línea en Affinityplan.org/Members/Essential-Plan/Plan-Details/Plan-Details.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES
Usted tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un médico u otro proveedor en términos que usted pueda entender de forma razonable. Los procedimientos de solicitud y los requisitos mínimos de calificación de los proveedores por escrito están disponibles si los solicita. Cuando no sea aconsejable darle esa información, esta quedará disponible para la persona apropiada que actúe en su nombre.

Tiene el derecho de rechazar un tratamiento en la medida que la ley lo permita y de ser informado de las consecuencias médicas de esa decisión. Tiene el derecho de formular instrucciones anticipadas en relación con su atención.

Puede llegar el momento en el que usted no pueda tomar decisiones en relación con su propia atención. Al planificar por anticipado, puede dar órdenes para que se llenen a cabo sus deseos cuando y si este momento llega. Comunique sinceramente sus deseos a su familia, amigos y cuidadores, además de poner sus deseos por escrito. Podemos ayudarle a entender o localizar esos documentos, y puede cambiar de opinión sobre sus instrucciones en cualquier momento. Sus instrucciones anticipadas no cambian sus derechos a la calidad de los beneficios de su atención médica.
ENVÍO DE COMENTARIOS
Como miembro, usted puede participar en el desarrollo de nuestras políticas, llamando a nuestro servicio al cliente al 866.247.5678. Valoramos sus ideas. Si tiene ideas que compartir, cuéntenos. Puede ayudarnos a desarrollar políticas para atender mejor a nuestros miembros. Si está interesado, puede trabajar con uno de nuestros consejos o comités de asesores para miembros. Llame al número de servicio al cliente para obtener más información de cómo puede involucrarse más con Affinity.

AVISOS DE FRAUDE DE ATENCIÓN MÉDICA
El fraude de atención médica nos afecta a todos y hace que aumenten los costos de la atención médica. Si usted sospecha que alguna persona o compañía está estafando a Affinity Health Plan o está intentando hacerlo, llame a nuestra línea sin cargo al 866.528.1505. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y todas las llamadas son confidenciales y anónimas.
SECCIÓN 5: RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA
## Affinity Health Plan: Plan Esencial 1 plus Dental/Vision

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

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Preguntas importantes</strong></th>
<th><strong>Respuestas</strong></th>
<th><strong>Por qué es importante:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>¿Cuál es el deducible general?</td>
<td>$0</td>
<td>El Plan Esencial de Affinity no tiene ningún deducible.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite de gastos que pago de mi bolsillo?</td>
<td>Sí. $2,000</td>
<td>El <strong>limite que paga de su bolsillo</strong> es el monto máximo que podría pagar como su parte del costo por los servicios cubiertos durante un periodo de cobertura (en general, un año). Este límite lo ayuda a planificar sus gastos de atención médica.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Qué no está incluido en el límite que paga de su bolsillo?</td>
<td>Los pagos de la prima y los servicios de atención médica que este plan no cubre.</td>
<td>Si bien usted paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el <strong>limite que paga de su bolsillo</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?</td>
<td>No.</td>
<td>Para conocer los limites de los servicios individuales, consulte el Esquema de beneficios del Contrato con el suscriptor.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Este plan usa una red de proveedores?</td>
<td>Sí. Para obtener una lista de los proveedores preferidos, consulte <a href="http://providerlookup.affinityplan.org">http://providerlookup.affinityplan.org</a> o llame al 1.866.247.5678.</td>
<td>Si usted utiliza un médico u otro <strong>proveedor</strong> de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos &quot;dentro de la red&quot;, &quot;preferido&quot; o &quot;participante&quot; para referirse a los proveedores que forman parte de su red. Este plan solo cubre servicios fuera de la red de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Necesito una remisión para consultar a un especialista?</td>
<td>No.</td>
<td>Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un especialista para los servicios cubiertos pero únicamente si tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay servicios que este plan no cubre?</td>
<td>Sí.</td>
<td>Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Para obtener información adicional sobre los <strong>servicios excluidos</strong>, consulte el esquema de beneficios.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
**Affinity Health Plan: Plan Esencial 1 plus Dental/Vision**

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

- **Copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, $15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.

- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted de los costos por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una hospitalización durante una noche es de $1,000, el **coseguro** del 20% sería de $200.

- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran $1,500 por una hospitalización durante una noche y el **monto permitido** es de $1,000, es posible que deba pagar la diferencia de $500. (A esto se lo denomina **facturación de saldos**).

- Este plan puede alentarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos más bajos de **copagos** y **coseguros**.

### Evento médico típico

<table>
<thead>
<tr>
<th>Si realiza una consulta en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Consulta con un especialista</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Consulta en el consultorio de otro profesional</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</td>
<td>Con cobertura completa</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Si debe realizarse un examen</th>
<th>Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</th>
<th>Copago de $15 (si se realiza en el consultorio de un PCP); copago de $25 (si se realiza en el consultorio de un especialista o como un servicio hospitalario para pacientes externos)</th>
<th>Sin cobertura</th>
<th>Ninguna</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Diagnóstico por imágenes de avanzada (CT/PET, MRI)</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
### Affinity Health Plan: Plan Esencial 1 plus Dental/Vision

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</strong></td>
<td>Medicamentos genéricos</td>
<td>Copago de $6 (minorista) Copago de $15 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se cubre hasta un suministro para 30 días para medicamentos con receta en farmacias minoristas; se cubre un suministro para 31-90 días para medicamentos con receta en farmacias de pedido por correo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca preferidos</td>
<td>Copago de $15 (minorista) Copago de $37.50 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Consulte el Esquema de beneficios completo para obtener información sobre los medicamentos especializados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca no preferidos</td>
<td>Copago de $30 (minorista) Copago de $75 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si se somete a una cirugía para pacientes externos</strong></td>
<td>Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)</td>
<td>Copago de $50</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cirugía en el consultorio</td>
<td>$15 (cuando se realiza en el consultorio del PCP) $25 (cuando se realiza en el consultorio de un especialista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costos del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $50</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si necesita atención médica inmediata</strong></td>
<td>Servicios en la sala de emergencias</td>
<td>Copago de $75</td>
<td>Copago de $75</td>
<td>No se aplica el copago en caso de ingreso en el hospital.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Transporte médico de emergencia</td>
<td>Copago de $75</td>
<td>Copago de $75</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de urgencia</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en **www.affinityplan.org**

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si tiene una hospitalización</td>
<td>Costo del centro (p. ej., habitación de hospital)</td>
<td>Copago de $150</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costo del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $150</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por uso de sustancias</td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes externos</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados</td>
<td>Copago de $150 por ingreso</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trastornos por uso de sustancias para pacientes externos</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados</td>
<td>Copago de $150 por ingreso</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si está embarazada</td>
<td>Atención prenatal y posnatal</td>
<td>$0 (prenatal); la atención posnatal se incluye en el costo compartido de los servicios del médico y la partera para el parto</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parto y todos los servicios para pacientes internados</td>
<td>Copago de $150 por ingreso; $50 para los servicios del médico y la partera para el parto</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 1 consulta de atención a domicilio sin costo compartido, si la madre es dada de alta del hospital con anticipación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)
Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
**Affinity Health Plan: Plan Esencial 1 plus Dental/Vision**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Atención médica a domicilio</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicios de rehabilitación (pacientes externos)</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan. Los servicios de terapia física y del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicios de habilitación</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 60 consultas de tratamientos combinados por condición por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Atención de enfermería especializada</td>
<td>Copago de $150 por ingreso</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Equipo médico duradero</td>
<td>Costo compartido del 5%</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicio de hospicio</td>
<td>Copago de $150 por ingreso (pacientes internados); copago de $15 (pacientes externos)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
Affinity Health Plan: Plan Esencial 1 plus Dental/Vision

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Acupuntura</td>
<td>Atención a largo plazo</td>
</tr>
<tr>
<td>Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)</td>
<td>Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</td>
</tr>
<tr>
<td>Programas para bajar de peso</td>
<td>Cuidado para los pies de rutina</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicio de enfermería privada</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Atención quiropráctica</td>
</tr>
<tr>
<td>Cirugía bariátrica</td>
</tr>
<tr>
<td>Audífono</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratamiento de la infertilidad</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sus derechos a presentar reclamos o apelaciones:
Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan relacionada con reclamaciones, usted puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1176 Eastchester Road Bronx, NY 10461. Tel.: 888.543.9069. Fax: 718.536.3358.

¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?
La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de una “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza brinda una cobertura mínima esencial.**

¿Esta cobertura cumple con 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 de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo por los beneficios que ofrece.**

Servicios de idiomas:
Español: para obtener asistencia en español, llame al 866.247.5678.

**Preguntas:** Llame al **1.866.247.5678** o visítenos en **www.affinityplan.org**
Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Úselsos para tener una idea general del nivel de protección financiera que podría obtener el paciente del ejemplo según la cobertura de los distintos planes.

Esta no es una herramienta para calcular costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de este plan. La atención real que usted reciba y su costo serán diferentes de los ejemplos.

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

NOTA: La información de estos ejemplos se basa en el deducible para una sola persona.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tener un bebé (parto normal)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Monto adeudado a los proveedores:</strong> $7,540</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>El plan paga:</strong> $7,190</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>El paciente paga:</strong> $350</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ejemplos de los costos de atención:

- Cargos del hospital (madre): $2,700
- Atención obstétrica de rutina: $2,100
- Cargos del hospital (bebé): $900
- Anestesia: $900
- Análisis de laboratorio: $500
- Medicamentos con receta: $200
- Radiología: $200
- Vacunas y otros servicios preventivos: $40

**Total:** $7,540

El paciente paga:

- Deducibles: $0
- Copagos: $200
- Coseguro: $0
- Límites o exclusiones: $150

**Total:** $350

<table>
<thead>
<tr>
<th>Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Monto adeudado a los proveedores:</strong> $5,400</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>El plan paga:</strong> $5,190</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>El paciente paga:</strong> $210</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ejemplos de los costos de atención:

- Medicamentos con receta: $2,900
- Equipos y suministros médicos: $1,300
- Consultas y procedimientos en el consultorio: $700
- Educación: $300
- Análisis de laboratorio: $100
- Vacunas y otros servicios preventivos: $100

**Total:** $5,400

El paciente paga:

- Deducibles: $0
- Copagos: $30
- Coseguro: $100
- Límites o exclusiones: $80

**Total:** $210

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los conceptos que se deducen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era 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 de bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de proveedores dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido la atención de proveedores fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura lo ayuda a ver cómo se pueden sumar los deducibles, copagos y coseguros. También lo ayuda a ver cuáles son los gastos que podría pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

× No. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted podría recibir para esta condición podría ser diferente, en función del consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

× No. Los ejemplos de cobertura no son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y el reembolso que autorice su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

✓ Sí. Cuando usted consulte el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ Sí. Un costo importante es lo que paga de prima. Por lo general, cuanto más baja sea la prima, mayores serán los costos que paga de su bolsillo, como copagos, deducibles y coseguros. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA), los acuerdos de gastos flexibles (FSA) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) que lo ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
**Affinity Health Plan: Plan Esencial 1**  
**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre el plan y los costos

---

### Esto es solo un resumen. Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos, puede acceder a los términos completos del esquema de beneficios en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org) o llamando al 1-866-247-5678.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Preguntas importantes</th>
<th>Respuestas</th>
<th>Por qué es importante:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>¿Cuál es el deducible general?</td>
<td>$0</td>
<td>El Plan Esencial de Affinity no tiene ningún deducible.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite de gastos que pago de mi bolsillo?</td>
<td>Sí. $2,000</td>
<td>El <strong>límite que paga de su bolsillo</strong> es el monto máximo que podría pagar como su parte del costo por los servicios cubiertos durante un período de cobertura (en general, un año). Este límite lo ayuda a planificar sus gastos de atención médica.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Qué no está incluido en el límite que paga de su bolsillo?</td>
<td>Los pagos de la prima y los servicios de atención médica que este plan no cubre.</td>
<td>Si bien usted paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el <strong>límite que paga de su bolsillo</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?</td>
<td>No.</td>
<td>Para conocer los límites de los servicios individuales, consulte el Esquema de beneficios del Contrato con el suscriptor.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Este plan usa una red de proveedores?</td>
<td>Sí. Para obtener una lista de los proveedores preferidos, consulte <a href="http://providerlookup.affinityplan.org">http://providerlookup.affinityplan.org</a> o llame al 1.866.247.5678.</td>
<td>Si usted utiliza un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos &quot;dentro de la red&quot;, &quot;preferido&quot; o &quot;participante&quot; para referirse a los proveedores que forman parte de su red. Este plan solo cubre servicios fuera de la red de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Necesito una remisión para consultar a un especialista?</td>
<td>No.</td>
<td>Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un especialista para los servicios cubiertos pero únicamente si tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay servicios que este plan no cubre?</td>
<td>Sí.</td>
<td>Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Para obtener información adicional sobre los servicios excluidos, consulte el esquema de beneficios.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

**Affinity Health Plan: Plan Esencial 1**

**Cobertura para:** Individuo | **Tipo de plan:** HMO

- **Copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, $15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted de los costos por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una hospitalización durante una noche es de $1,000, el **coseguro** del 20% sería de $200.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran $1,500 por una hospitalización durante una noche y el **monto permitido** es de $1,000, es posible que deba pagar la diferencia de $500. (A esto se lo denomina **facturación de saldos**).
- Este plan puede alentarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos más bajos de **copagos** y **coseguros**.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si realiza una consulta en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</strong></td>
<td>Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta con un especialista</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta en el consultorio de otro profesional</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</td>
<td>Con cobertura completa</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si debe realizarse un examen</strong></td>
<td>Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</td>
<td>Copago de $15 (si se realiza en el consultorio de un PCP); copago de $25 (si se realiza en el consultorio de un especialista o como un servicio hospitalario para pacientes externos)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diagnóstico por imágenes de avanzada (CT/PET, MRI)</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Resumen de beneficios y cobertura

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</strong>&lt;br&gt;Puede encontrar más información sobre la cobertura para medicamentos con receta en <a href="http://www.affinityplan.org">www.affinityplan.org</a>&lt;br&gt;</td>
<td>Medicamentos genéricos</td>
<td>Copago de $6 (minorista)&lt;br&gt;Copago de $15 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se cubre hasta un suministro para 30 días para medicamentos con receta en farmacias minoristas; se cubre un suministro para 31-90 días para medicamentos con receta en farmacias de pedido por correo. Consulte el Esquema de beneficios completo para obtener información sobre los medicamentos especializados.</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicamentos de marca preferidos</td>
<td>Copago de $15 (minorista)&lt;br&gt;Copago de $37.50 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Medicamentos de marca no preferidos</td>
<td>Copago de $30 (minorista)&lt;br&gt;Copago de $75 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si se somete a una cirugía para pacientes externos</strong>&lt;br&gt;Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)</td>
<td>Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)</td>
<td>Copago de $50</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td>Cirugía en el consultorio</td>
<td>$15 (cuando se realiza en el consultorio del PCP)&lt;br&gt;$25 (cuando se realiza en el consultorio de un especialista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Costos del médico/cirujano</strong>&lt;br&gt;Servicios en la sala de emergencias</td>
<td>Servicios en la sala de emergencias</td>
<td>Copago de $75</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Transporte médico de emergencia</td>
<td>Transporte médico de emergencia</td>
<td>Copago de $75</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Atención de urgencia</td>
<td>Atención de urgencia</td>
<td>Copago de $25</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al [1.866.247.5678](tel:1.866.247.5678) o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)<br>Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al [1.866.247.5678](tel:1.866.247.5678).
<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si tiene una hospitalización</td>
<td>Costo del centro (p. ej., habitación de hospital)</td>
<td>Copago de $150</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costo del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $150</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por uso de sustancias</td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes externos</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados</td>
<td>Copago de $150 por ingreso</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trastornos por uso de sustancias para pacientes externos</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados</td>
<td>Copago de $150 por ingreso</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si está embarazada</td>
<td>Atención prenatal y posnatal</td>
<td>$0 (prenatal); la atención posnatal se incluye en el costo compartido de los servicios del médico y la partera para el parto</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parto y todos los servicios para pacientes internados</td>
<td>Copago de $150 por ingreso; $50 para los servicios del médico y la partera para el parto</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 1 consulta de atención a domicilio sin costo compartido, si la madre es dada de alta del hospital con anticipación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al [1.866.247.5678](tel:+18662475678) o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)
Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
### Affinity Health Plan: Plan Esencial 1

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Atención médica a domicilio</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicios de rehabilitación (pacientes externos)</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan. Los servicios de terapia física y del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicios de habilitación</td>
<td>Copago de $15</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 60 consultas de tratamientos combinados por condición por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Atención de enfermería especializada</td>
<td>Copago de $150 por ingreso</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Equipo médico duradero</td>
<td>Costo compartido del 5%</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicio de hospicio</td>
<td>Copago de $150 por ingreso (pacientes internados); copago de $15 (pacientes externos)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

### Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Servicio de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina
- Cuidado para los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

### Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Audífono
- Tratamiento de la infertilidad

**Sus derechos a presentar reclamos o apelaciones:**
Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan relacionada con reclamaciones, usted puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1176 Eastchester Road Bronx, NY 10461. Tel.: 888.543.9069. Fax: 718.536.3358.

**¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?**
La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de una “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza brinda una cobertura mínima esencial.**

**¿Esta cobertura cumple con 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 de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo por los beneficios que ofrece.**

**Servicios de idiomas:**
Español: para obtener asistencia en español, llame al 866.247.5678.

**Preguntas:** Llame al **1.866.247.5678** o visítenos en **www.affinityplan.org**
Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Úselos para tener una idea general del nivel de protección financiera que podría obtener el paciente del ejemplo según la cobertura de los distintos planes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tener un bebé (parto normal)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Monto adeudado a los proveedores: $7,540</td>
</tr>
<tr>
<td>El plan paga $7,190</td>
</tr>
<tr>
<td>El paciente paga $350</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Ejemplos de los costos de atención:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cargos del hospital (madre)</td>
<td>$2,700</td>
</tr>
<tr>
<td>Atención obstétrica de rutina</td>
<td>$2,100</td>
</tr>
<tr>
<td>Cargos del hospital (bebé)</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Anestesia</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$500</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiología</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>$7,540</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**El paciente paga:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deducibles</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>Copagos</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Coseguro</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>Límites o exclusiones</td>
<td>$150</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>$350</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Monto adeudado a los proveedores: $5,400</td>
</tr>
<tr>
<td>El plan paga $5,190</td>
</tr>
<tr>
<td>El paciente paga $210</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Ejemplos de los costos de atención:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$2,900</td>
</tr>
<tr>
<td>Equipos y suministros médicos</td>
<td>$1,300</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultas y procedimientos en el consultorio</td>
<td>$700</td>
</tr>
<tr>
<td>Educación</td>
<td>$300</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>$5,400</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**El paciente paga:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deducibles</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>Copagos</td>
<td>$30</td>
</tr>
<tr>
<td>Coseguro</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td>Límites o exclusiones</td>
<td>$80</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>$210</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: La información de estos ejemplos se basa en el deducible para una sola persona.

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Para solicitar una copia del Glosario, llame al 1.866.247.5678.
Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los conceptos que se deducen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido la atención de proveedores fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura lo ayuda a ver cómo se pueden sumar los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También lo ayuda a ver cuáles son los gastos que podría pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

✔ **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted podría recibir para esta condición podría ser diferente, en función del consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura no son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y el reembolso que autorice su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

✔ **Sí.** Cuando usted consulte el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✔ **Sí.** Un costo importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la prima, mayores serán los costos que paga de su bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA), los acuerdos de gastos flexibles (FSA) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) que lo ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.
**Esto es solo un resumen.** Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos, puede acceder a los términos completos del esquema de beneficios en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org) o llamando al 1-866-247-5678.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Preguntas importantes</th>
<th>Respuestas</th>
<th>Por qué es importante:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>¿Cuál es el deducible general?</td>
<td>$0</td>
<td>El Plan Esencial de Affinity no tiene ningún deducible.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite de gastos que pago de mi bolsillo?</td>
<td>Sí. $200</td>
<td>El límite que paga de su bolsillo es el monto máximo que podría pagar como su parte del costo por los servicios cubiertos durante un período de cobertura (en general, un año). Este límite lo ayuda a planificar sus gastos de atención médica.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Qué no está incluido en el límite que paga de su bolsillo?</td>
<td>Los pagos de la prima y los servicios de atención médica que este plan no cubre.</td>
<td>Si bien usted paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el límite que paga de su bolsillo.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?</td>
<td>No.</td>
<td>Para conocer los límites de los servicios individuales, consulte el Esquema de beneficios del Contrato con el suscriptor.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Este plan usa una red de proveedores?</td>
<td>Sí. Para obtener una lista de los proveedores, consulte <a href="http://providerlookup.affinityplan.org">http://providerlookup.affinityplan.org</a> o llame al 1.866.247.5678.</td>
<td>Si usted utiliza un médico o otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos &quot;dentro de la red&quot;, &quot;preferido&quot; o &quot;participante&quot; para referirse a los proveedores que forman parte de su red. Este plan solo cubre servicios fuera de la red de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Necesito una remisión para consultar a un especialista?</td>
<td>No.</td>
<td>Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un especialista para los servicios cubiertos pero únicamente si tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay servicios que este plan no cubre?</td>
<td>Sí.</td>
<td>Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Para obtener información adicional sobre los servicios excluidos, consulte el esquema de beneficios.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

**Affinity Health Plan: Plan Esencial 2 plus Dental/Vision**

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

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

- **Copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, $15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.

- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted de los costos por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una hospitalización durante una noche es de $1,000, el **coseguro** del 20% sería de $200.

- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **montos permitidos**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran $1,500 por una hospitalización durante una noche y el **monto permitido** es de $1,000, es posible que deba pagar la diferencia de $500. (A esto se lo denomina **facturación de saldos**).

- Este plan puede alentarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos más bajos de **copagos** y **coseguros**.

### Evento médico típico

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si realiza una consulta en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</td>
<td>Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta con un especialista</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta en el consultorio de otro profesional</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</td>
<td>Con cobertura completa</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>Si debe realizarse un examen</td>
<td>Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org).

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</td>
<td>Medicamentos genéricos</td>
<td>Copago de $1 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se cubre hasta un suministro para 30 días para medicamentos con receta en farmacias minoristas; se cubre un suministro para 31-90 días para medicamentos con receta en farmacias de pedido por correo.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca preferidos</td>
<td>Copago de $3 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Consulte el Esquema de beneficios completo para obtener información sobre los medicamentos especializados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca no preferidos</td>
<td>Copago de $3.00 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Si se somete a una cirugía para pacientes externos</td>
<td>Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cirugía en el consultorio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costos del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si necesita atención médica inmediata</td>
<td>Servicios en la sala de emergencias</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Transporte médico de emergencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de urgencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>Evento médico típico</td>
<td>Servicios que podría necesitar</td>
<td>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</td>
<td>Costo si usa un proveedor fuera de la red</td>
<td>Limitaciones y excepciones</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Si tiene una hospitalización</td>
<td>Costo del centro (p. ej., habitación de hospital)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costo del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por uso de sustancias</td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trastornos por uso de sustancias para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si está embarazada</td>
<td>Atención prenatal y posnatal</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parto y todos los servicios para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 1 consulta de atención a domicilio sin costo compartido, si la madre es dada de alta del hospital con anticipación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Atención médica a domicilio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de rehabilitación (pacientes externos)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan. Los servicios de terapia física y del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de habilitación</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de enfermería especializada</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Equipo médico duradero</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicio de hospicio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan, 5 consultas de asesoramiento para la familia por la pérdida de un ser querido. No se aplica el copago por ingreso si se lo transfiere directamente de un entorno para pacientes internados de un hospital o centro de enfermería especializada a un centro de hospicio.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Atención médica a domicilio</th>
<th>Copago de $0</th>
<th>Sin cobertura</th>
<th>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de rehabilitación (pacientes externos)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan. Los servicios de terapia física y del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de habilitación</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de enfermería especializada</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Equipo médico duradero</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicio de hospicio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan, 5 consultas de asesoramiento para la familia por la pérdida de un ser querido. No se aplica el copago por ingreso si se lo transfiere directamente de un entorno para pacientes internados de un hospital o centro de enfermería especializada a un centro de hospicio.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

#### Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicio excluido</th>
<th>Servicio excluido</th>
<th>Servicio excluido</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Acupuntura</td>
<td>Atención a largo plazo</td>
<td>Atención de la vista de rutina</td>
</tr>
<tr>
<td>Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)</td>
<td>Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</td>
<td>Cuidado para los pies de rutina</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicio de enfermería privada</td>
<td>Programas para bajar de peso</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicio cubierto</th>
<th>Servicio cubierto</th>
<th>Servicio cubierto</th>
<th>Servicio cubierto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Atención quiropráctica</td>
<td>Cirugía bariátrica</td>
<td>Audífono</td>
<td>Tratamiento de la infertilidad</td>
</tr>
<tr>
<td>Atención dental para adultos</td>
<td>Atención de la vista para adultos</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Sus derechos a presentar reclamos o apelaciones:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan relacionada con reclamaciones, usted puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1176 Eastchester Road Bronx, NY 10461. Tel.: 888.543.9069. Fax: 718.536.3358.

### ¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de una “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza brinda una cobertura mínima esencial.**

### ¿Esta cobertura cumple con 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 de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo por los beneficios que ofrece.**

### Servicios de idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 866.247.5678.
Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use los para tener una idea general del nivel de protección financiera que podría obtener el paciente del ejemplo según la cobertura de los distintos planes.

Esta no es una herramienta para calcular costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de este plan. La atención real que usted reciba y su costo serán diferentes de los ejemplos.

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

NOTA: La información de estos ejemplos se basa en el deducible para una sola persona.

---

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tener un bebé (parto normal)</th>
<th>Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Monto adeudado a los proveedores: $7,540</td>
<td>Monto adeudado a los proveedores: $5,400</td>
</tr>
<tr>
<td>El plan paga $7,390</td>
<td>El plan paga $5,320</td>
</tr>
<tr>
<td>El paciente paga $150</td>
<td>El paciente paga $80</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Ejemplos de los costos de atención:**

- Cargos del hospital (madre) $2,700
- Atención obstétrica de rutina $2,100
- Cargos del hospital (bebé) $900
- Anestesia $900
- Análisis de laboratorio $500
- Medicamentos con receta $200
- Radiología $200
- Vacunas y otros servicios preventivos $40

**Total** $7,540

**El paciente paga:**

- Deducibles $0
- Copagos $0
- Coseguro $0
- Límites o exclusiones $150

**Total** $150

**Ejemplos de los costos de atención:**

- Medicamentos con receta $2,900
- Equipos y suministros médicos $1,300
- Consultas y procedimientos en el consultorio $700
- Educación $300
- Análisis de laboratorio $100
- Vacunas y otros servicios preventivos $100

**Total** $5,400

**El paciente paga:**

- Deducibles $0
- Copagos $0
- Coseguro $0
- Límites o exclusiones $80

**Total** $80

---

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org

**Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:**

**¿Cuáles son algunos de los conceptos que se deducen de estos ejemplos de cobertura?**

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era 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 de bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido la atención de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

**¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?**

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura lo ayuda a ver cómo se pueden sumar los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También lo ayuda a ver cuáles son los gastos que podría pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

**¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?**

- **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted podría recibir para esta condición podría ser diferente, en función del consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

**¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?**

- **No.** Los ejemplos de cobertura no son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus **proveedores** y el reembolso que autorice su plan de salud.

**¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?**

- **Sí.** Cuando usted consulte el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

**¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?**

- **Sí.** Un costo importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los costos que paga de su bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA), los acuerdos de gastos flexibles (FSA) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) que lo ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.
Affinity Health Plan: Plan Esencial 2

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Preguntas importantes</th>
<th>Respuestas</th>
<th>Por qué es importante:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>¿Cuál es el deducible general?</td>
<td>$0</td>
<td>El Plan Esencial de Affinity no tiene ningún deducible.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite de gastos que pago de mi bolsillo?</td>
<td>Sí. $200</td>
<td>El límite que paga de su bolsillo es el monto máximo que podría pagar como su parte del costo por los servicios cubiertos durante un periodo de cobertura (en general, un año). Este límite lo ayuda a planificar sus gastos de atención médica.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Qué no está incluido en el límite que paga de su bolsillo?</td>
<td>Los pagos de la prima y los servicios de atención médica que este plan no cubre.</td>
<td>Si bien usted paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el límite que paga de su bolsillo.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?</td>
<td>No.</td>
<td>Para conocer los límites de los servicios individuales, consulte el Esquema de beneficios del Contrato con el suscriptor.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Este plan usa una red de proveedores?</td>
<td>Sí. Para obtener una lista de los proveedores preferidos, consulte <a href="http://providerlookup.affinityplan.org">http://providerlookup.affinityplan.org</a> o llame al 1.866.247.5678.</td>
<td>Si usted utiliza un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos &quot;dentro de la red&quot;, &quot;preferido&quot; o &quot;participante&quot; para referirse a los proveedores que forman parte de su red. Este plan solo cubre servicios fuera de la red de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Necesito una remisión para consultar a un especialista?</td>
<td>No.</td>
<td>Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un especialista para los servicios cubiertos pero únicamente si tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay servicios que este plan no cubre?</td>
<td>Sí.</td>
<td>Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Para obtener información adicional sobre los servicios excluidos, consulte el esquema de beneficios.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
**Affinity Health Plan: Plan Esencial 2**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si realiza una consulta en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</strong></td>
<td>Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
<td>Consulta con un especialista</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
<td>Consulta en el consultorio de otro profesional</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
<td>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</td>
<td>Con cobertura completa</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si debe realizarse un examen</strong></td>
<td>Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td> </td>
<td>Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, $15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.

**Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted de los costos por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una hospitalización durante una noche es de $1,000, el **coseguro** del 20% sería de $200.

El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran $1,500 por una hospitalización durante una noche y el **monto permitido** es de $1,000, es posible que deba pagar la diferencia de $500. (A esto se lo denomina **facturación de saldos**).

Este plan puede alentarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos más bajos de **copagos** y **coseguros**.

---


## Affinity Health Plan: Plan Esencial 2

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

### Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</strong> Puede encontrar más información sobre la <strong>cobertura para medicamentos con receta</strong> en <a href="http://www.affinityplan.org">www.affinityplan.org</a></td>
<td>Medicamentos genéricos</td>
<td>Copago de $1 (minorista) Copago de $2.50 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se cubre hasta un suministro para 30 días para medicamentos con receta en farmacias minoristas; se cubre un suministro para 31-90 días para medicamentos con receta en farmacias de pedido por correo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca preferidos</td>
<td>Copago de $3 (minorista) Copago de $7.50 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Consulte el Esquema de beneficios completo para obtener información sobre los medicamentos especializados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca no preferidos</td>
<td>Copago de $3.00 (minorista) Copago de $7.50 (pedido por correo)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si se somete a una cirugía para pacientes externos</strong></td>
<td>Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cirugía en el consultorio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costos del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si necesita atención médica inmediata</strong></td>
<td>Servicios en la sala de emergencias</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Transporte médico de emergencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de urgencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al [1.866.247.5678](tel:1.866.247.5678) o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

### Evento médico típico

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si tiene una hospitalización</td>
<td>Costo del centro (p. ej., habitación de hospital)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costo del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por uso de sustancias</td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trastornos por uso de sustancias para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si está embarazada</td>
<td>Atención prenatal y posnatal</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parto y todos los servicios para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 1 consulta de atención a domicilio sin costo compartido, si la madre es dada de alta del hospital con anticipación.</td>
</tr>
<tr>
<td>Evento médico típico</td>
<td>Servicios que podría necesitar</td>
<td>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</td>
<td>Costo si usa un proveedor fuera de la red</td>
<td>Limitaciones y excepciones</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Atención médica a domicilio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicios de rehabilitación (pacientes externos)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan. Los servicios de terapia física y del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicios de habilitación</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 60 días de tratamientos combinados por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Atención de enfermería especializada</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Equipo médico duradero</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan, 5 consultas de asesoramiento para la familia por la pérdida de un ser querido. No se aplica el copago por ingreso si se lo transfiere directamente de un entorno para pacientes internados de un hospital o centro de enfermería especializada a un centro de hospicio.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Servicio de hospicio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org/Affinity/What_We_Offer/Health_and_Wellness/Glossary.aspx) o llame al 1.866.247.5678 para solicitar una copia.
**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre el plan y los costos

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

#### Servicios que su plan **NO** cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicio exclusivo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Acupuntura</td>
</tr>
<tr>
<td>- Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)</td>
</tr>
<tr>
<td>- Atención dental (adultos)</td>
</tr>
<tr>
<td>- Atención a largo plazo</td>
</tr>
<tr>
<td>- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Servicio de enfermería privada</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Nota: Esta es una lista no exhaustiva. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos.*

#### Otros servicios **cubiertos** (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicio cubierto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Atención quiropráctica</td>
</tr>
<tr>
<td>- Cirugía bariátrica</td>
</tr>
<tr>
<td>- Audífono</td>
</tr>
<tr>
<td>- Tratamiento de la infertilidad</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Nota: Esta es una lista no exhaustiva. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos.*

### Sus derechos a presentar reclamos o apelaciones:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan relacionada con reclamaciones, usted puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1176 Eastchester Road Bronx, NY 10461. Tel.: 888.543.9069. Fax: 718.536.3358.

**¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?**

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de una “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza brinda una cobertura mínima esencial.**

**¿Esta cobertura cumple con 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 de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo por los beneficios que ofrece.**

### Servicios de idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 866.247.5678.

Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Úselos para tener una idea general del nivel de protección financiera que podría obtener el paciente del ejemplo según la cobertura de los distintos planes.

### Tener un bebé (parto normal)

- **Monto adeudado a los proveedores:** $7,540
- **El plan paga:** $7,390
- **El paciente paga:** $150

#### Ejemplos de los costos de atención:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cargos del hospital (madre)</td>
<td>$2,700</td>
</tr>
<tr>
<td>Atención obstétrica de rutina</td>
<td>$2,100</td>
</tr>
<tr>
<td>Cargos del hospital (bebé)</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Anestesia</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$500</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiología</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>$7,540</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### El paciente paga:

- **Deducibles:** $0
- **Copagos:** $0
- **Coseguro:** $0
- **Límites o exclusiones:** $150
- **Total:** $150

### Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- **Monto adeudado a los proveedores:** $5,400
- **El plan paga:** $5,320
- **El paciente paga:** $80

#### Ejemplos de los costos de atención:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$2,900</td>
</tr>
<tr>
<td>Equipos y suministros médicos</td>
<td>$1,300</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultas y procedimientos en el consultorio</td>
<td>$700</td>
</tr>
<tr>
<td>Educación</td>
<td>$300</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>$5,400</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

El paciente paga:

- **Deducibles:** $0
- **Copagos:** $0
- **Coseguro:** $0
- **Límites o exclusiones:** $80
- **Total:** $80

*Nota: La información de estos ejemplos se basa en el deducible para una sola persona.*

---

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
Affinity Health Plan: Plan Esencial 2  
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los conceptos que se deducen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era 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 de bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido la atención de proveedores fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura lo ayuda a ver cómo se pueden sumar los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También lo ayuda a ver cuáles son los gastos que podría pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

- **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted podría recibir para esta condición podría ser diferente, en función del consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

- **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus **proveedores** y el reembolso que autorice su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- **Sí.** Cuando usted consulte el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- **Sí.** Un costo importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los costos que paga de su bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA), los acuerdos de gastos flexibles (FSA) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) que lo ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Preguntas importantes</th>
<th>Respuestas</th>
<th>Por qué es importante:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>¿Cuál es el deducible general?</td>
<td>$0</td>
<td>Este Plan Esencial de Affinity no tiene ningún deducible.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite de gastos que pago de mi bolsillo?</td>
<td>N/A</td>
<td>El <strong>límite que paga de su bolsillo</strong> es el monto máximo que podría pagar como su parte del costo por los servicios cubiertos durante un período de cobertura (en general, un año). El Plan Esencial 4 no está sujeto a ningún costo que paga de su bolsillo, por eso este punto no se aplica.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Qué no está incluido en el límite que paga de su bolsillo?</td>
<td>N/A</td>
<td>El Plan Esencial 4 de Affinity no tiene ninguna prima ni costo compartido. No obstante, usted deberá pagar el costo total de los servicios de atención médica <strong>no cubiertos</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?</td>
<td>No.</td>
<td>Para conocer los límites de los servicios individuales, consulte el Esquema de beneficios del Contrato con el suscriptor.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Este plan usa una red de proveedores?</td>
<td>Sí. Para obtener una lista de los proveedores preferidos, consulte <a href="http://providerlookup.affinityplan.org">http://providerlookup.affinityplan.org</a> o llame al 1.866.247.5678.</td>
<td>Si usted utiliza un médico o otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital dentro de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos &quot;dentro de la red&quot;, &quot;preferido&quot; o &quot;participante&quot; para referirse a los proveedores que forman parte de su red. Este plan solo cubre servicios fuera de la red de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Necesito una remisión para consultar a un especialista?</td>
<td>No.</td>
<td>Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un especialista para los servicios cubiertos pero únicamente si tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay servicios que este plan no cubre?</td>
<td>Sí.</td>
<td>Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Para obtener información adicional sobre los <strong>servicios excluidos</strong>, consulte el esquema de beneficios.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Affinity Health Plan: Plan Esencial 3**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si realiza una consulta en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</td>
<td>Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta con un especialista</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta en el consultorio de otro profesional</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</td>
<td>Con cobertura completa</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>Si debe realizarse un examen</td>
<td>Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO**

- **Copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, $15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted de los costos por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una hospitalización durante una noche es de $1,000, el **coseguro** del 20% sería de $200.
- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran $1,500 por una hospitalización durante una noche y el **monto permitido** es de $1,000, es posible que deba pagar la diferencia de $500. (A esto se lo denomina **facturación de saldos**).
- Este plan puede alentarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos más bajos de **copagos** y **coseguros**.

**Preguntas:** Llame al **1.866.247.5678** o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)
## Affinity Health Plan: Plan Esencial 3

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</td>
<td>Medicamentos genéricos</td>
<td>Copago de $0 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se cubre hasta un suministro para 30 días para medicamentos con receta en farmacias minoristas; se cubre un suministro para 31-90 días para medicamentos con receta en farmacias de pedido por correo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca preferidos</td>
<td>Copago de $0 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Consulte el Esquema de beneficios completo para obtener información sobre los medicamentos especializados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca no preferidos</td>
<td>Copago de $0 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Si se somete a una cirugía para pacientes externos</td>
<td>Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cirugía en el consultorio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costos del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si necesita atención médica inmediata</td>
<td>Servicios en la sala de emergencias</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Transporte médico de emergencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de urgencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

### Affinity Health Plan: Plan Esencial 3

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si tiene una hospitalización</td>
<td>Costo del centro (p. ej., habitación de hospital)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costo del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por uso de sustancias</td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trastornos por uso de sustancias para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si está embarazada</td>
<td>Atención prenatal y posnatal</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parto y todos los servicios para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 1 consulta de atención a domicilio sin costo compartido, si la madre es dada de alta del hospital con anticipación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Affinity Health Plan: Plan Esencial 3

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Atención médica a domicilio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de rehabilitación (pacientes externos)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 20 consultas por tratamiento por año del plan. Los servicios de terapia física y del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de habilitación</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 20 consultas por tratamiento por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de enfermería especializada</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Equipo médico duradero</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicio de hospicio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan, 5 consultas de asesoramiento para la familia por la pérdida de un ser querido. No se aplica el copago por ingreso si se lo transfiere directamente de un entorno para pacientes internados de un hospital o centro de enfermería especializada a un centro de hospicio.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al **1.866.247.5678** o visítenos en **www.affinityplan.org**

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Servicio de enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otras servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica
- Atención dental para adultos
- Medicamentos de venta libre
- Audífono
- Atención de la vista para adultos

Sus derechos a presentar reclamos o apelaciones:
Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan relacionada con reclamaciones, usted puede apelar o presentar un reclamo. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1176 Eastchester Road Bronx, NY 10461. Tel.: 866.247.5678. Fax: 718.536.3358.

¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?
La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de una “cobertura mínima esencial”. Este plan o póliza brinda una cobertura mínima esencial.

¿Esta cobertura cumple con 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 de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo por los beneficios que ofrece.

Servicios de idiomas:
Español: para obtener asistencia en español, llame al 866.247.5678.

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Úselos para tener una idea general del nivel de protección financiera que podría obtener el paciente del ejemplo según la cobertura de los distintos planes.

Esta no es una herramienta para calcular costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de este plan. La atención real que usted reciba y su costo serán diferentes de los ejemplos.

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

NOTA: La información de estos ejemplos se basa en el deducible para una sola persona.

### Tener un bebé (parto normal)

- **Monto adeudado a los proveedores:** $7,540
- **El plan paga:** $7,390
- **El paciente paga:** $150

#### Ejemplos de los costos de atención:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cargos del hospital (madre)</td>
<td>$2,700</td>
</tr>
<tr>
<td>Atención obstétrica de rutina</td>
<td>$2,100</td>
</tr>
<tr>
<td>Cargos del hospital (bebé)</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Anestesia</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$500</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiología</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>$7,540</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### El paciente paga:

- **Deducibles:** $0
- **Copagos:** $0
- **Coseguro:** $0
- **Límites o exclusiones:** $150
- **Total:** $150

### Control de la diabetes tipo 2

- **Monto adeudado a los proveedores:** $5,400
- **El plan paga:** $5,320
- **El paciente paga:** $80

#### Ejemplos de los costos de atención:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$2,900</td>
</tr>
<tr>
<td>Equipos y suministros médicos</td>
<td>$1,300</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultas y procedimientos en el consultorio</td>
<td>$700</td>
</tr>
<tr>
<td>Educación</td>
<td>$300</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>$5,400</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### El paciente paga:

- **Deducibles:** $0
- **Copagos:** $0
- **Coseguro:** $0
- **Límites o exclusiones:** $80
- **Total:** $80

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
Affinity Health Plan: Plan Esencial 3
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

Cobertura para: Individuo | Tipo de plan: HMO

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los conceptos que se deducen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era 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 de bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de proveedores dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido la atención de proveedores fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura lo ayuda a ver cómo se pueden sumar los deducibles, copagos y coseguros. También lo ayuda a ver cuáles son los gastos que podría pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

- **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que usted podría recibir para esta condición podría ser diferente, en función del consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

- **No.** Los ejemplos de cobertura no son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y el reembolso que autorice su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- **Sí.** Cuando usted consulte el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- **Sí.** Un costo importante es lo que paga de prima. Por lo general, cuanto más baja sea la prima, mayores serán los costos que paga de su bolsillo, como copagos, deducibles y coseguros. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA), los acuerdos de gastos flexibles (FSA) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) que lo ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
Affinity Health Plan: Plan Esencial 4
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Preguntas importantes</th>
<th>Respuestas</th>
<th>Por qué es importante:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>¿Cuál es el deducible general?</td>
<td>$0</td>
<td>Este Plan Esencial de Affinity no tiene ningún deducible.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite de gastos que pago de mi bolsillo?</td>
<td>N/A</td>
<td>El <strong>límite que paga de su bolsillo</strong> es el monto máximo que podría pagar como su parte del costo por los servicios cubiertos durante un período de cobertura (en general, un año). El <strong>Plan Esencial 4 no está sujeto a ningún costo que paga de su bolsillo</strong>, por eso este punto no se aplica.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Qué no está incluido en el límite que paga de su bolsillo?</td>
<td>N/A</td>
<td>El Plan Esencial 4 de Affinity no tiene ninguna prima ni costo compartido. No obstante, usted deberá pagar el costo total de los servicios de atención médica <strong>no cubiertos</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?</td>
<td>No.</td>
<td>Para conocer los límites de los servicios individuales, consulte el Esquema de beneficios del Contrato con el suscriptor.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Este plan usa una red de proveedores?</td>
<td>Sí. Para obtener una lista de los proveedores preferidos, consulte <a href="http://providerlookup.affinityplan.org">http://providerlookup.affinityplan.org</a> o llame al 1.866.247.5678.</td>
<td>Si usted utiliza un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico o hospital dentro de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos &quot;dentro de la red&quot;, &quot;preferido&quot; o &quot;participante&quot; para referirse a los proveedores que forman parte de su red. Este plan solo cubre servicios fuera de la red de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Necesito una remisión para consultar a un especialista?</td>
<td>No.</td>
<td>Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas a un especialista para los servicios cubiertos pero únicamente si tiene el permiso del plan antes de consultar al especialista.</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Hay servicios que este plan no cubre?</td>
<td>Sí.</td>
<td>Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 6. Para obtener información adicional sobre los <strong>servicios excluidos</strong>, consulte el esquema de beneficios.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visiten en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

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

- **Copagos** son montos fijos en dólares (por ejemplo, $15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.

- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted de los costos por un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** para el servicio. Por ejemplo, si el **monto permitido** por el plan para una hospitalización durante una noche es de $1,000, el **coseguro** del 20% sería de $200.

- El monto que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del **monto permitido**, es posible que deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital fuera de la red le cobran $1,500 por una hospitalización durante una noche y el **monto permitido** es de $1,000, es posible que deba pagar la diferencia de $500. (A esto se lo denomina **facturación de saldos**).

- Este plan puede alentarlo a utilizar **proveedores** dentro de la red al cobrarle montos más bajos de **copagos** y **coseguros**.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si realiza una consulta en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</td>
<td>Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta con un especialista</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consulta en el consultorio de otro profesional</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</td>
<td>Con cobertura completa</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td>Si debe realizarse un examen</td>
<td>Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Ninguna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
### Affinity Health Plan: Plan Esencial 4

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</td>
<td>Medicamentos genéricos</td>
<td>Copago de $0 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se cubre hasta un suministro para 30 días para medicamentos con receta en farmacias minoristas; se cubre un suministro para 31-90 días para medicamentos con receta en farmacias de pedido por correo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca preferidos</td>
<td>Copago de $0 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Consulte el Esquema de beneficios completo para obtener información sobre los medicamentos especializados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medicamentos de marca no preferidos</td>
<td>Copago de $0 (minorista)</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Si se somete a una cirugía para pacientes externos</td>
<td>Costo del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cirugía en el consultorio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costos del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Si necesita atención médica inmediata</td>
<td>Servicios en la sala de emergencias</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Transporte médico de emergencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de urgencia</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Ninguna</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)

### Affinity Health Plan: Plan Esencial 4

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Si tiene una hospitalización</strong></td>
<td>Costo del centro (p. ej., habitación de hospital)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Todas las cirugías que impliquen un trasplante deben realizarse en los centros designados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Costo del médico/cirujano</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por uso de sustancias</strong></td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de salud mental/conductual para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trastornos por uso de sustancias para pacientes externos</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para ingresos de emergencia.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Si está embarazada</strong></td>
<td>Atención prenatal y posnatal</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parto y todos los servicios para pacientes internados</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 1 consulta de atención a domicilio sin costo compartido, si la madre es dada de alta del hospital con anticipación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Affinity Health Plan: Plan Esencial 4
### Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento médico típico</th>
<th>Servicios que podría necesitar</th>
<th>Su costo si usa un proveedor dentro de la red</th>
<th>Costo si usa un proveedor fuera de la red</th>
<th>Limitaciones y excepciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Atención médica a domicilio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 40 consultas por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de rehabilitación (pacientes externos)</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 20 consultas por tratamiento por año del plan. Los servicios de terapia física y del habla solo tienen cobertura después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicios de habilitación</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 20 consultas por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Atención de enfermería especializada</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 200 días por año del plan.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Equipo médico duradero</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>Se requiere autorización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Servicio de hospicio</td>
<td>Copago de $0</td>
<td>Sin cobertura</td>
<td>La cobertura se limita a 210 consultas por año del plan, 5 consultas de asesoramiento para la familia por la pérdida de un ser querido. No se aplica el copago por ingreso si se lo transfiere directamente de un entorno para pacientes internados de un hospital o centro de enfermería especializada a un centro de hospicio.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org)
Affinity Health Plan: Plan Esencial 4
Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los costos

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Acupuntura</td>
</tr>
<tr>
<td>• Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Atención a largo plazo</td>
</tr>
<tr>
<td>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Servicio de enfermería privada</td>
</tr>
<tr>
<td>• Cirugía estética (a menos que sea reconstructiva o correctiva)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Programas para bajar de peso</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Atención quiropráctica</td>
</tr>
<tr>
<td>• Cirugía bariátrica</td>
</tr>
<tr>
<td>• Atención dental para adultos</td>
</tr>
<tr>
<td>• Medicamentos de venta libre</td>
</tr>
<tr>
<td>• Audífono</td>
</tr>
<tr>
<td>• Atención de la vista para adultos</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sus derechos a presentar reclamos o apelaciones:
Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan relacionada con reclamaciones, usted puede apelar o presentar un reclamo. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o necesita ayuda, puede comunicarse con: Complaint, Grievance & Appeal Unit Quality Management Department, Affinity Health Plan, Metro Center Atrium 1176 Eastchester Road Bronx, NY 10461. Tel.: 866.247.5678. Fax: 718.536.3358.

¿Esta cobertura ofrece una cobertura mínima esencial?
La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que la mayoría de las personas tengan una cobertura de atención médica que cumpla con los requisitos de una “cobertura mínima esencial”. Este plan o póliza brinda una cobertura mínima esencial.

¿Esta cobertura cumple con 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 de salud. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo por los beneficios que ofrece.

Servicios de idiomas:
Español: para obtener asistencia en español, llame al 866.247.5678.

Preguntas: Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org
Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo el plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Úselos para tener una idea general del nivel de protección financiera que podría obtener el paciente del ejemplo según la cobertura de los distintos planes.

 Esta no es una herramienta para calcular costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de este plan. La atención real que usted reciba y su costo serán diferentes de los ejemplos.

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

NOTA: La información de estos ejemplos se basa en el deducible para una sola persona.

---

### Tener un bebé (parto normal)

- **Monto adeudado a los proveedores:** $7,540
- **El plan paga:** $7,390
- **El paciente paga:** $150

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cargos del hospital (madre)</td>
<td>$2,700</td>
</tr>
<tr>
<td>Atención obstétrica de rutina</td>
<td>$2,100</td>
</tr>
<tr>
<td>Cargos del hospital (bebé)</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Anestesia</td>
<td>$900</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$500</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiología</td>
<td>$200</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>$7,540</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- **Monto adeudado a los proveedores:** $5,400
- **El plan paga:** $5,320
- **El paciente paga:** $80

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medicamentos con receta</td>
<td>$2,900</td>
</tr>
<tr>
<td>Equipos y suministros médicos</td>
<td>$1,300</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultas y procedimientos en el consultorio</td>
<td>$700</td>
</tr>
<tr>
<td>Educación</td>
<td>$300</td>
</tr>
<tr>
<td>Análisis de laboratorio</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td>Vacunas y otros servicios preventivos</td>
<td>$100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>$5,400</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### El paciente paga:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cargo</th>
<th>Costo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deducibles</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>Copagos</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>Coseguro</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>Límites o exclusiones</td>
<td>$150</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>$150</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Preguntas:** Llame al 1.866.247.5678 o visítenos en www.affinityplan.org

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los conceptos que se deducen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era 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 de bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido la atención de proveedores fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura lo ayuda a ver cómo se pueden sumar los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También lo ayuda a ver cuáles son los gastos que podría pagar usted porque el servicio o el tratamiento no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis propias necesidades de atención?

- **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos.
- La atención que usted podría recibir para esta condición podría ser diferente, en función del consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿Prevé el ejemplo de cobertura mis gastos futuros?

- **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Los ejemplos son únicamente para fines comparativos. Sus propios costos variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus **proveedores** y el reembolso que autorice su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- **Sí.** Cuando usted consulte el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea el número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- **Sí.** Un costo importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los costos que paga de su bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA), los acuerdos de gastos flexibles (FSA) o las cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) que lo ayudan a pagar los gastos que paga de su bolsillo.
APÉNDICE:
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACIAS
Suministros para 90 días

Elija sus ahorros y su conveniencia

Ahorre en medicamentos que toma regularmente (como medicamentos para la presión arterial alta o la diabetes) obteniéndolos como suministros para 90 días. Tendrá el medicamento que necesite, cuando lo necesite, con la opción de entrega por correo o retiro en farmacia.

**Ahorre dinero**
Dado que un suministro para 90 días generalmente cuesta menos que tres suministros para 30 días, puede estar seguro de que está pagando un precio más bajo.

**Ahorre tiempo**
Elimine la necesidad de realizar viajes mensuales a la farmacia al hacer que le entreguen los medicamentos en su hogar. O retirelos en persona una única vez cada tres meses. Usted decide.

**Elija entrega por correo o retiro**
Entregaremos sus suministros para 90 días en cualquier lugar que usted desee, sin costo de envío (y con alertas de estado para hacer el seguimiento). Nuestros sobrios paquetes son inviolables, impermeabilizados y tienen temperatura controlada, por lo que son una opción segura para usted.

O Retírelos en cualquier CVS Pharmacy® (incluidas las que se encuentran dentro de las tiendas Target). De cualquier forma, obtendrá la misma calidad, precio y conveniencia.

**Dos maneras sencillas de comenzar**

**En línea**
Visite Caremark.com/90day

**Por teléfono**
Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Nos comunicaremos con su médico para obtener una receta nueva y nos encargaremos de todos los detalles.

Administre todos sus resurtidos en Caremark.com o la aplicación móvil de CVS Caremark.
Obtenga acceso en cualquier momento, en cualquier lugar donde lo necesite

En Caremark.com, ofrecemos muchas herramientas y recursos que hacen que sea más fácil y conveniente acceder a sus beneficios de medicamentos con receta. Regístrese en Caremark.com para obtener todo esto y más:

- Resurtir medicamentos y consultar el estado del pedido
- Ver su historial de medicamentos y gastos
- Consultar los costos de los medicamentos y encontrar oportunidades de ahorro
- Encontrar farmacias en su red
- Descargar nuestra aplicación móvil

Asistencia personalizada con atención especializada

Puede contar con CVS Specialty® para obtener asistencia para sus necesidades. Todos los años, a más personas con afecciones de salud crónicas o genéticas, como esclerosis múltiple o hemofilia, se les recetan medicamentos especializados o de biotecnología.

CVS Caremark ofrece entrega a domicilio de medicamentos y suministros especializados y brinda asistencia personalizada para ayudarlo a controlar su afección con éxito.

Para ver si los servicios que necesita están cubiertos por nuestro plan, hable con su patrocinador del plan de beneficios, visite Caremark.com o llame al número de Atención al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación del beneficio de medicamentos con receta.

Permitanos ayudarlo

Estamos siempre aquí para ayudarlo a encontrar maneras de ahorrar en sus medicamentos con receta, ayudar con los resurtidos y recibir sus suministros a largo plazo en su hogar.

También puede acceder a nuestra herramienta en línea “Ask a Pharmacist” (Preguntar a un farmacéutico) en Caremark.com, enviar por correo electrónico sus preguntas durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o ver en línea las Preguntas frecuentes a farmacéuticos para conocer las respuestas a muchas preguntas habituales.

Visite Caremark.com o llame a Atención al Cliente y lo ayudaremos a obtener más de sus beneficios de medicamentos con receta.


©2018 CVS Caremark. Todos los derechos reservados. Su privacidad es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados respecto a la forma apropiada de manejar su información médica privada.

106-29780B 051618
TDD: 1.800.863.5488
En CVS Caremark®, proporcionamos atención de farmacia de calidad que puede ayudarlo a ahorrar tiempo y dinero. Nos aseguramos de que reciba los medicamentos con receta que necesita, cuando los necesita. También le proporcionamos lo siguiente:

- Opciones convenientes
- Oportunidades de ahorro
- Herramientas en línea
- Atención especializada

**Opciones convenientes**

En lo que se refiere a cómo obtiene sus medicamentos con receta, tiene opciones: elija entre visitar su farmacia local o recibir nuestro servicio por correo.

Con 9,500 locales de CVS Pharmacy y 68,000 farmacias de la red, incluidas farmacias independientes y cadenas, es fácil encontrar y visitar su farmacia local.

Si su medicamento es para largo plazo, puede elegir que se lo entreguen en su hogar con nuestros suministros para 90 días. Un suministro para 90 días de su medicamento generalmente cuesta menos que tres suministros para 30 días. Puede registrarse para el servicio de entrega por correo en Caremark.com. Si necesita ayuda adicional para obtener sus medicamentos con receta para 90 días, llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al 1.888.769.9030.

**Ahorrar con medicamentos genéricos**

Al elegir medicamentos genéricos, puede tener más control de sus costos de atención médica y empezar a ahorrar. Los medicamentos genéricos son medicamentos de alta calidad que cuestan hasta un 80 u 85 % menos que su equivalente de marca. La FDA exige que los medicamentos genéricos tengan los mismos ingredientes activos y la misma concentración y dosificación que sus equivalentes de marca, lo que significa que tienen la misma calidad y funcionan de igual manera. En la actualidad, cerca de ocho de cada 10 recetas surtidas en los EE. UU. son para medicamentos genéricos.¹

Los medicamentos genéricos son la principal forma en que su médico o farmacéutico pueden ayudarlo a ahorrar dinero.

- Pregúntele a su médico si hay una opción genérica para alguno de los medicamentos de marca que esté tomando.
- Pregúnte si hay un medicamento genérico para la próxima receta nueva que le expida su médico.
- Pregúntele a su farmacéutico sobre sus opciones genéricas la próxima vez que obtenga un medicamento.

Medicamentos genéricos
La misma calidad a un menor costo

Estamos comprometidos a garantizar que usted tenga acceso a los medicamentos que necesita al costo más bajo posible. Una forma es considerar un equivalente genérico de su medicamento de marca. Los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca, y ofrecen ahorros de hasta un 80%. De hecho, cerca de nueve de 10 medicamentos con receta obtenidos a través de CVS Caremark son para medicamentos genéricos.*

Datos confiables sobre medicamentos genéricos proporcionados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.

- La FDA exige que los medicamentos genéricos tengan los mismos ingredientes activos y la misma concentración y dosificación que sus equivalentes de marca.
- La FDA exige pruebas de que un medicamento genérico funciona de la misma manera que su equivalente de marca.
- La FDA supervisa los efectos adversos y realiza controles de calidad continuos.
- Muchos medicamentos genéricos se elaboran en las mismas plantas de fabricación que los medicamentos de marca y deben cumplir con los mismos estándares de calidad.

¿Está listo para ahorrar con medicamentos genéricos?

Recetas actuales
Si actualmente está tomando un medicamento de marca, pregúntele a su médico si existe un medicamento genérico para reemplazarlo. O bien, puede preguntarle al farmacéutico cuando vuelva a obtenerlo.

Recetas nuevas
Cada vez que le receten un medicamento nuevo, asegúrese de preguntar si hay un medicamento genérico disponible.

Use la herramienta Check Drug Cost (Consultar costo del medicamento) en Caremark.com para hacer una comparación de los costos.

Medicamentos con receta entregados en su puerta

Ahorre en medicamentos que toma regularmente (como medicamentos para la presión arterial alta o la diabetes) recibándolos por correo, en suministros para 90 días de la Farmacia de servicio por correo de CVS Caremark. Es una forma sencilla de asegurarse de que tenga el medicamento que necesita, cuando lo necesita, con una cosa menos de la que preocuparse.

Ahorro
Un suministro para 90 días generalmente cuesta menos que tres suministros para 30 días, por lo que puede estar seguro de que está pagando un precio más bajo. Hacemos las entregas por correo, en cualquier lugar que usted elija, sin costo de envío.

Conveniencia
Las entregas por correo significan que no deberá hacer más viajes mensuales a las farmacias y, con los resurtidos automáticos, tampoco deberá estar pendiente de los cronogramas de resurtido. Le enviaremos una alerta 10 días antes de un resurtido en caso de que necesite cambiar la fecha o ubicación de entrega.

Seguridad
Todos los pedidos son armados por un farmacéutico certificado y luego se les hace un control de calidad antes de enviarlos. Nuestros sobrios paquetes son inviolables, impermeabilizados y tienen temperatura controlada. Además, enviaremos alertas de estado por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto. No tiene nada de qué preocuparse.

Dos maneras sencillas de comenzar

En línea
Visite Caremark.com/mailservice

O

Por teléfono
Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro para obtener ayuda para comenzar.

Asegúrese de tener el frasco del medicamento a mano; toda la información necesaria para comenzar se encuentra en la etiqueta.
Formulario de pedido por correo

Envíe este formulario a:

CVS Caremark
PO BOX 94467
PALATINE, IL 60094-4467

Número de identificación de miembro (si no se muestra o es diferente del de arriba)

Patrocinador del plan de medicamentos con receta o nombre de la compañía

Instrucciones:
Use tinta azul o negra y escriba en letras de imprenta mayúscula. Complete ambos lados de este formulario.

Recetas nuevas: envíe sus recetas nuevas con este formulario. Cantidad de recetas nuevas:

Resurtidos: ordene por Internet, teléfono o escriba abajo Cantidad de resurtidos con receta:

PARA RECIBIR SU PEDIDO LO MÁS PRONTO POSIBLE, solicite los resurtidos o los nuevos medicamentos con receta en línea, en www.caremark.com, o llame al número sin cargo que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

A Dirección de envío. Para envíos a una dirección diferente de la de arriba, haga los cambios aquí.

Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre Sufijo (JR, SR)

Calle N.º de dto./apt. Usar la dirección de envío solo para este pedido.

Ciudad Estado Código postal

N.º teléfono de día: N.º teléfono de noche:

B Resurtidos. Para pedir resurtidos por el servicio de correo, escriba aquí los números de sus recetas.

1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)

CVS Caremark desea ofrecerle medicamentos de calidad al mejor precio posible. Para eso, cambiaremos los medicamentos de marca por equivalentes genéricos siempre que sea posible. Si no desea que le demos medicamentos genéricos, bríndenos instrucciones específicas, que incluyan los nombres de los medicamentos, en la sección “Instrucciones especiales” de este formulario.

Podemos empacar todos estos medicamentos con receta juntos a menos que nos indique lo contrario.

Todas las reclamaciones de recetas enviadas al servicio de farmacia por correo de CVS Caremark mediante este formulario serán presentadas ante su plan de beneficios de medicamentos con receta para su pago. Si no desea que las presentemos ante su plan, no utilice este formulario. Puede llamar al Servicio al cliente para buscar opciones alternativas para el pago y la presentación de su pedido.

©2016 CVS Caremark Todos los derechos reservados. P13-N
Informémonos sobre las personas que piden los medicamentos con receta. Si son más de dos personas, complete otro formulario.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primera persona que solicita un resurtido o un nuevo medicamento con receta.</th>
<th>Formularios y etiquetas en español</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>APELLIDO</strong></td>
<td><strong>NOMBRE</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>APODO</strong></td>
<td>Género: M F</td>
</tr>
<tr>
<td>Dirección de correo electrónico:</td>
<td>Fecha de la nueva receta emitida:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bríndenos información sobre la salud de la primera persona si nunca se proporcionó o hubo cambios.

| Alergias: | Ninguna | Aspirina | Cefalosporina | Codeína | Eritromicina | Maní | Penicilina |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sulfuro | Otras: |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Afecciones médicas:</th>
<th>Artritis</th>
<th>Asma</th>
<th>Diabetes</th>
<th>Reflujo</th>
<th>Glaucoma</th>
<th>Problema cardiaco</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Presión arterial alta</td>
<td>Colesterol alto</td>
<td>Migraña</td>
<td>Osteoporosis</td>
<td>Problemas de próstata</td>
<td>Tiroides</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otros:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Segunda persona que solicita un resurtido o un nuevo medicamento con receta.</th>
<th>Formularios y etiquetas en español</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>APELLIDO</strong></td>
<td><strong>NOMBRE</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>APODO</strong></td>
<td>Género: M F</td>
</tr>
<tr>
<td>Dirección de correo electrónico:</td>
<td>Fecha de la nueva receta emitida:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bríndenos información sobre la salud de la segunda persona si nunca se proporcionó o hubo cambios.

| Alergias: | Ninguna | Aspirina | Cefalosporina | Codeína | Eritromicina | Maní | Penicilina |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sulfuro | Otras: |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Afecciones médicas:</th>
<th>Artritis</th>
<th>Asma</th>
<th>Diabetes</th>
<th>Reflujo</th>
<th>Glaucoma</th>
<th>Problema cardiaco</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Presión arterial alta</td>
<td>Colesterol alto</td>
<td>Migraña</td>
<td>Osteoporosis</td>
<td>Problemas de próstata</td>
<td>Tiroides</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otros:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Instrucciones especiales:

¿Cómo le gustaría pagar este pedido? (Si su copago es $0, no tiene que dar información de pago).

- **Cheque electrónico.** Pago desde su cuenta bancaria. (Primero, debe registrarse en línea o llamar al Servicio al cliente).
- **Tarjeta de crédito o débito.** (VISA®, MasterCard®, Discover® o American Express®)
  - Use su tarjeta registrada.
  - Utilice una tarjeta nueva o actualice la fecha de vencimiento de su tarjeta.

<table>
<thead>
<tr>
<th>NÚMERO DE TARJETA</th>
<th>F. Venc.</th>
<th>M AAA</th>
</tr>
</thead>
</table>

- **Cheque o giro postal.** Monto: $  
  - Haga el cheque o giro a nombre de CVS Caremark.
  - Escriba el número de identificación de beneficio de medicamentos con receta en su cheque o giro postal.
  - Si su cheque es devuelto, le cobraremos hasta $40.

Pago de facturas vencidas y pedidos futuros: Si elige el cheque o giro de pago, usaremos el método elegido para pagar facturas vencidas y pedidos futuros, a menos que usted elija otra forma de pago.

- **Marque este óvalo si usted NO desea usar este método de pago para pedidos futuros.**

Firma del titular de la tarjeta de crédito/Feach

La entrega normal es gratuita y tarda hasta 5 días luego de que se procesa su pedido.

Si desea un envío más rápido, seleccione:

- **2.º día hábil ($17)**
  - La entrega más rápida solo puede ser a un domicilio, no a una casilla postal.
  - Tiempo de procesamiento esperado desde que recibe este formulario:
    - Resurtidos: 1 a 2 días
    - Recetas nuevas/renovadas: en un plazo de 5 días, a menos que se necesite información adicional de su médico
    - (Los cargos están sujetos a cambios)
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Affinity Health Plan cumple con las leyes sobre derechos civiles federales. Affinity Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo.

Affinity Health Plan proporciona lo siguiente:

• Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  ○ Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  ○ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

• Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  ○ Intérpretes calificados
  ○ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Affinity Health Plan al 866.247.5678. Para servicios TTY, llame al 711.

Si considera que Affinity Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o lo ha tratado de forma diferente a causa de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar un reclamo ante Affinity Health Plan por alguno de los siguientes medios:

• Correo:  1776 Eastchester Road, Bronx, New York 10461
• Teléfono: (718) 794.7569 (para servicios TTY, llame al 711)
• Fax:  (718) 536.3390
• En persona: 1776 Eastchester Road, Bronx, New York 10461
• Correo electrónico: 928notice@affinityplan.org

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos por alguno de los siguientes medios:

• Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
• Correo:  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
  Washington, DC 20201
  Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
• Teléfono: 800.368.1019 (TTY: 711)
Affinity Health Plan tiene la obligación legal de proteger la privacidad de su información de salud y de proporcionarle un Aviso sobre prácticas de privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) que describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a su información. Puede obtener una copia del NPP de Affinity Health Plan en nuestro sitio web [http://www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org) o puede solicitar una copia impresa llamando a nuestro Servicio al cliente al 866.247.5678 (TTY: 711).
<table>
<thead>
<tr>
<th>LANGUAGE ASSISTANCE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ATTENTION</strong>: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 866.247.5678 TTY: 711.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ATENCIÓN</strong>: tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.247.5678 TTY: 711.</td>
</tr>
<tr>
<td>注意：您可以免费獲得語言援助服務。請致電 866.247.5678 TTY: 711.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>주의</strong>: 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 866.247.5678 TTY: 711번으로 전화해 주십시오.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ВНИМАНИЕ</strong>: то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 866.247.5678 (телетайп: 711).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ATTENTION</strong> : des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866.247.5678, ATS: 711.</td>
</tr>
<tr>
<td>LANGUAGE ASSISTANCE</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>PAUNAWA: Maaari kang makakuha ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866.247.5678 TTY: 711.</td>
</tr>
<tr>
<td>নক্ষেয়কুরং আপনার জন্য বিনিমূল্যমান ভাষা সহায়তা প্রদর্শিত হৃদয়ে ফান করুন ৮৬৬.২৪৭.৫৬৭৮ TTY: 711</td>
</tr>
<tr>
<td>ΠΡΟΣΟΧΗ: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 866.247.5678 TTY: 711.</td>
</tr>
<tr>
<td>ہیں دیہان تے پآ کا ہیں لیے زانب سے کم کھا اتے کھتے دیہان</td>
</tr>
</tbody>
</table>

866.247.5678
Para más información, llámenos sin costo al: 866.247.5678
De lunes a viernes de 8:30AM a 6:00PM

Para TTY llame al: 800.662.1220

Visite nuestro sitio web: AffinityPlan.org