



Compañía de Seguros MotivHealth

Perfil de Cobertura Para
School District No. 1, City and County of Denver

HSA 2800

*Compañía de Seguros MotivHealth es domiciliada en, y sujeta a las leyes de Utah.

Lea su Póliza Cuidadosamente- Este perfil de cobertura proporciona una breve descripción de las características importantes de su póliza. Este no es su contrato de seguro y solamente controlaran las provisiones actuales de la póliza. La póliza en si da en detalle los derechos y obligaciones de ambos usted y su compañía de seguros. Así que es de mucha importancia que usted LEA SU PÓLIZA CUIDADOSAMENTE!

La cobertura de seguro de gastos mayores es diseñada para proporcionar, a las personas aseguradas, cobertura completa para gastos de hospital, médico y de cirugía incurridos como resultado de un accidente o enfermedad. La cobertura es proporcionada para enfermería y alimentación diaria durante su estancia en el hospital, servicios de hospital misceláneos, servicios quirúrgicos, servicios de anestesia, servicios médicos en el hospital, y cuidados fuera del hospital son sujetos a cualquier deducible, disposiciones de copago u otras limitaciones que puedan exponer en la póliza.

Planes Elegibles HSA

Este plan ha sido diseñado para compatibilizar con los requerimientos del IRS para ser compatible con Health Savings Accounts (HSA). Un HSA es una cuenta de ahorros favorecida por impuestos en conjunto con un Plan de Alto Deducible-High Deductible Health Plan (HDHPs) como es definido por el IRS. Usted puede utilizar dólares de HSA para pagar por gastos de salud que sean calificados como su deducible, servicios dentales, servicios de la vista, medicamentos incluyendo algunos medicamentos de venta libre y otros gastos que tal vez no sean cubiertos por su plan de salud. Dólares utilizados de su HSA para gastos de salud son libres de impuestos.

Algunas reglas básicas respecto a HSAs incluyen:

- Fondos de HSA pertenecen a usted y se acumulan año tras año incluso si ya no tiene un Plan de Alto Deducible-High Deductible Health Plan (HDHP).
- Para el 2020, un individuo puede aportar hasta \$3,550 por año en su HSA.
- Para el 2020, un plan familiar le permite aportar hasta \$7,100 por año en su HSA.
- Para aquellas personas mayores de 55 años, una extra provisión de "alcance" le permite aportar \$1,000 extra al año.
- Dinero aportado a su HSA puede ser deducido de los impuestos cuando es aportado por su parte.
- Cualquier ahorro en su HSA es libre de impuesto.
- Después de los 65, los fondos pueden ser utilizados para cualquier propósito y solamente paga los impuestos del monto retirado de la cuenta cuando los fondos no son utilizados para

Véase la publicación 502 y 969 del IRS para más información respecto a HSAs.

Lista de Beneficios

Deducible

El deducible es el monto en el año del calendario por la cual usted es responsable antes de que la Empresa Aseguradora de Salud HSA inicie a pagar los beneficios. El deducible no se aplica para los beneficios que se muestran no aplicable como para servicios preventivos.

El monto del deducible en esta póliza es:

\$2,800 para pólizas individuales y \$5,600 para pólizas de familia en la Red.

\$5,000 para pólizas individuales y \$10,000 para pólizas de familia fuera de la Red.

Para pólizas individuales, una vez que el deducible es alcanzado, los beneficios serán pagables. Para las pólizas familiares, los beneficios serán pagables una vez que un solo miembro de la familia alcanza el deducible individual. Los beneficios serán pagables por todos en la familia cuando se alcanza el deducible familiar.

Coaseguro

Coaseguro es el monto representado como un porcentaje, lo cual usted es responsable después que el deducible sea alcanzado. El monto restante es pagado por La Empresa Aseguradora de Salud HSA.

El monto de Coaseguro en la Red para esta póliza es de: 20%

El monto de Coaseguro fuera de la Red para esta póliza es de: 50%

Máximo de su bolsillo (MOOP)

El Máximo de su Bolsillo es el límite por cual usted es responsable. Este límite no incluye algunos servicios que no están calificados, como servicios dentales o cualquier monto arriba de la cuota máxima permitida. Una vez que usted allá alcanzado el MOOP, los beneficios elegibles serán pagados al 100% por el resto del año en curso.

El monto máximo de su bolsillo para esta póliza es:

\$3,000 para pólizas individuales y \$6,000 para pólizas familiares en la Red.

\$10,000 para pólizas individuales y \$20,000 para pólizas familiares fuera de la Red.

Para pólizas individuales, una vez que el monto máximo del bolsillo es alcanzado, los beneficios elegibles serán pagados al 100% por el resto del año en curso. Para las pólizas de familia los beneficios elegibles serán pagados al 100% para el resto del año en curso para cualquier individuo que allá alcanzado el monto máximo de su bolsillo individual. Beneficios elegibles serán pagados al 100% por el resto del año en curso una vez que todos los montos se han alcanzado el máximo monto de su bolsillo para todos los miembros de la familia combinado es igual al monto máximo de su bolsillo.

La siguiente tabla da información acerca de los costos compartidos de su plan. Sin embargo, por favor vea la póliza para más detalles incluyendo limitaciones, exclusiones y requerimiento de autorización previa que tal vez no estén nombrados aquí.

Servicios			
Servicios de Paciente Interno	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Servicios de Hospitalización Paciente interno (e.g., Estadía en el Hospital) Servicios Médicos y Quirúrgicos de Hospitalización Centro de Cuidados de Enfermería Especializada Trasplante	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	Habitación y alimentación de hospital diaria, y otros costos misceláneos. Cargos del centro requieren una autorización previa. Cuidados de enfermería especializada limitada a 30 días por año. Cargos del centro requieren una autorización previa.
Servicio de Paciente Externo	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Costos de Instalaciones de Paciente Externo (e.g., Centro de Cirugía Ambulatoria) Cirugía de Pacientes Externos Servicios Médicos Quirúrgicos Diálisis Servicios de Hospicio Servicios de Atención Médica a Domicilio	20% Después del Deducible en hospital 10% Después del Deducible en Centro de Cirugía Ambulatoria	50% Después del Deducible	Servicios de hospicio son limitados a 6 meses por cada 3 años. Servicios de atención a domicilio son limitados a 30 visitas por año de Póliza. Una visita es definida hasta 4 horas.
Servicios Profesionales	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Visita de Atención Primaria para curar una Lesión o Enfermedad Visita de Especialista Otra visita al Consultorio (Enfermera, Asistente de Médico)	20% Después del Deducible 20% Después del Deducible 20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	Servicios tienen que ser realizados por un profesional trabajando dentro de las prácticas de su licencia para ser elegibles
Cuidado Preventivo	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Cuidado Preventivo /Escaneos/ Vacunación Anticonceptivos	Sin costo	Sin costo hasta cantidad autorizada	Cuidado preventivo y escaneos son cubiertos como es requerido por el Affordable Care Act y pueden cambiar de tiempo a tiempo. Anticonceptivos tienen que ser aprobados por la FDA para ser elegibles.

Diagnósticos de Laboratorio e Imágenes	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Imágenes por Resonancia Magnética (CT/PET Scans, MRIs)	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Servicios Profesionales de Laboratorio de Paciente Externo Rayos-X y diagnósticos por imagen	20% Después del Deducible		
Servicio de Emergencia o Urgencia	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Transporte de Emergencia/Ambulancia	20% Después del Deducible hasta máximo de \$500	20% Después del Deducible	Transporte de Emergencia es limitado a la instalación más cercana equipada con el cuidado adecuado para los servicios de emergencia necesitados. Servicios de Emergencia son cubiertos solamente en el caso de una emergencia determinada por MotivHealth.
Servicios de Sala de Emergencia	20% Después del Deducible		
Centros de Urgencias e Instalaciones	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Servicios de Maternidad	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Cuidado Prenatal y Postnatal Parto y todos los servicios para pacientes de cuidado de	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	Partos en casa no están cubiertos.
Cuidado de Salud Mental/Desordenes de Abuso de Sustancias	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Cuidado de Salud Mental/ Servicios de Paciente Externo	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	Cargos del centro requieren una autorización previa.
Cuidado de Salud Mental/ Servicios para Pacientes Internos	20% Después del Deducible		
Servicios de Abuso de Sustancias para Pacientes Externos	20% Después del Deducible		
Servicios de Abuso de Sustancias para Pacientes Internos	20% Después del Deducible		
Pharmacy	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Medicamentos Genéricos	20% Después del Deducible	No están Cubiertos	Algunos medicamentos requieren limitación en la cantidad. Algunos medicamentos pueden exigir probar otros medicamentos más efectivos antes que el medicamento sea elegible para ser cubierto. Revise el formulario para más detalles.
Medicamentos de Marcas en Lista Preferida	20% Después del Deducible		
Medicamentos de Marca no en Lista Preferida	20% Después del Deducible		
Medicamentos de Especialidad	20% Después del Deducible		

Servicios de Habilitación y Rehabilitación	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Servicios de Rehabilitación de Paciente Externo Servicios de Habilitación Terapia Lingüística de Rehabilitación Rehabilitación Ocupacional y Terapia Física y de Rehabilitación	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	Los Servicios están limitados a la cantidad de 20 por cada servicio por año de póliza.
Servicios de Vista	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Examen de Rutina	Sin costo	50% Después del Deducible	Un examen ocular por año.
Other Services	En la Red	Fuera de la Red	Notas de Beneficios/Limitaciones
Trastornos del Espectro Autista	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	Tratamiento esta sujeto a revision cada 2 semanas Limitado solamente a servicios de diagnósticos.
Estudios de Alergias	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Quimioterapia	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Manejo y Cuidado de Diabetes	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Educación del Diabetes	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Equipo Médico Durable	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Tratamiento de Infertilidad	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Terapia de Infusión	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Desorden Metabólica Heredada - PKU	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Asesoramiento Nutricional	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Dispositivos Prostéticos	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Radiación	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	
Cirugía Reconstructiva	20% Después del Deducible	50% Después del Deducible	

Consulte su Póliza para más información. Puede obtener más información llamando al Servicio al Cliente al **844-234-4472** o visitando <https://www.motivhealth.com>. El formulario puede ser encontrado en: <http://client.formularynavigator.com/Search.aspx?siteCode=0775731897>

Muchos de estos servicios requieren autorización previa como esta estipulado en su póliza incluyendo, pero no limitado a servicios de hospitalización, servicios ambulatorios, Equipamiento Médico Durable, Dispositivos de Prótesis y algunos servicios de imágenes.

Estos beneficios están sujetos a cambios según lo estipula la ley.