

Los beneficios dentro de la red se basan en la cantidad aprobada por la Organización de proveedores exclusivos. Esta póliza no paga beneficios por gastos médicos cubiertos de un proveedor fuera de la red, excepto por servicios de emergencias. Los beneficios se determinan después de cualquier deducible y coseguro aplicable y están sujetos a exclusiones generales y otras limitaciones aplicables.

**\*Deducible**

- Individual
- Familiar, integrado

“Integrado”: si la póliza cubre a una familia, la cantidad de los gastos cubiertos puede alcanzarse con cualquier combinación de familiares, pero una sola persona no puede contribuir más que la cantidad del deducible individual. Un familiar individual puede tener derecho a los beneficios antes de que se alcance el deducible familiar si ese familiar cumple el deducible individual.

**\*\*Máximo de costos compartidos**

- Individual
- Familiar, integrado

Los deducibles, coseguros y copagos se aplican al máximo de costos compartidos.

“Integrado”: si la póliza cubre a una familia, los deducibles, el coseguro y los copagos seguirán aplicándose a una persona hasta que la persona alcance el máximo de costos compartidos individual o hasta que se alcance el máximo de costos compartidos familiar. Los reclamos pagados después de alcanzar el máximo de costos compartidos familiar no tendrán más costos compartidos aplicados.

| Beneficios  | Dentro de la red | Fuera de la red  |
|---|------------------|------------------|
| *Deducible individual   | \$0              | N/A              |
| *Deducible familiar   | \$0              | N/A              |
| Coseguro: el plan paga  | 100%             | N/A              |
| Coseguro: usted paga  | 0%               | N/A              |
| **Total individual máximo de gastos de bolsillo                 | \$0              | N/A              |
| **Total familiar máximo de gastos de bolsillo                   | \$0              | N/A              |
| Máximo de por vida  | Ilimitado        | Ilimitado        |
| Servicios   | Dentro de la red | Fuera de la red  |
| Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo        | No está cubierto |
| Visita con un especialista                                      | Sin cargo        | No está cubierto |

| Servicios  | Dentro de la red | Fuera de la red  |
|--|------------------|------------------|
| Visita en el consultorio de otro médico  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Médico de cirugía ambulatoria/servicios quirúrgicos  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios de hospicio  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios dentales de rutina (adultos)   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Tratamiento por infertilidad   | No está cubierto | No está cubierto |
| Atención en un asilo a largo plazo/de custodia   | No está cubierto | No está cubierto |
| Enfermería privada   | No está cubierto | No está cubierto |
| Examen de rutina de la vista (adultos)   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Centros de atención de urgencia  | No está cubierto | No está cubierto |
| Servicios de atención médica en el domicilio:<br>60 visitas por año del plan<br>(Excluye equipo médico duradero) | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios en salas de emergencias  | Sin cargo        | Sin cargo        |
| Transporte/ambulancia de emergencia:<br>la ambulancia que no sea de emergencia no<br>está cubierta OON           | Sin cargo        | Sin cargo        |
| Servicios de hospital como paciente<br>hospitalizado (p. ej., hospitalización)                                   | Sin cargo        | Sin cargo        |
| Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes<br>hospitalizados   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Cirugía bariátrica   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Cirugía cosmética  | No está cubierto | No está cubierto |
| Centro de enfermería especializada: 25 días por<br>año del plan  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Atención prenatal y posnatal   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Parto y todos los servicios para pacientes<br>hospitalizados para atención de maternidad                         | Sin cargo        | No está cubierto |

Balanced Bronze 1 de cero costo compartido - Texas 2023

| Servicios  | Dentro de la red | Fuera de la red  |
|--|------------------|------------------|
| Servicios de salud mental/conductual para pacientes ambulatorios   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios de salud mental/conductual para pacientes hospitalizados   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por abuso de sustancias                               | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios quirúrgicos/médico de cirugía para pacientes ambulatorios  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios para pacientes hospitalizados por trastornos por abuso de sustancias                             | Sin cargo        | No está cubierto |
| Medicamentos genéricos   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Medicamentos de marca preferidos   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Medicamentos de marca no preferidos  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Medicamentos especializados, sujetos a autorización previa   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: 35 visitas por año (PT/OT/quiropático combinados) | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios de habilitación: 35 visitas por año (PT/OT/quiropático combinados)                               | Sin cargo        | No está cubierto |
| Atención quiropática: limitada a 35 visitas en combinación con fisioterapia y terapia ocupacional          | Sin cargo        | No está cubierto |
| Equipo médico duradero   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Audífonos  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Atención preventiva/examen médico/vacunas  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Cuidado de rutina de los pies  | No está cubierto | No está cubierto |
| Acupuntura   | No está cubierto | No está cubierto |

Balanced Bronze 1 de cero costo compartido - Texas 2023

| Servicios   | Dentro de la red | Fuera de la red  |
|---|------------------|------------------|
| Examen de rutina de la vista para niños   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Anteojos para niños   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Control dental para niños   | No está cubierto | No está cubierto |
| Terapia de rehabilitación del habla: 20 visitas por período de beneficios   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Terapia ocupacional de rehabilitación y fisioterapia de rehabilitación: 40 visitas por período de beneficios  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Visitas y controles del bebé sano (Incluye visitas anuales de rutina y exámenes auditivos como parte de un examen físico para determinar la pérdida de la vista o la audición. Para recién nacidos, prueba de detección de discapacidad auditiva y atención de seguimiento de diagnóstico necesaria hasta los dos (2) años de edad) | Sin cargo        | No está cubierto |
| Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Radiografías y diagnóstico por imágenes   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Atención dental básica para niños   | No está cubierto | No está cubierto |
| Ortodoncia para niños   | No está cubierto | No está cubierto |
| Atención dental especializada para niños  | No está cubierto | No está cubierto |
| Atención dental básica para adultos   | No está cubierto | No está cubierto |
| Ortodoncia para adultos   | No está cubierto | No está cubierto |
| Atención dental especializada para adultos  | No está cubierto | No está cubierto |
| Aborto para el que se prohíbe la financiación pública   | No está cubierto | No está cubierto |
| Trasplante  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Odontología en casos de accidentes  | Sin cargo        | No está cubierto |

Balanced Bronze 1 de cero costo compartido - Texas 2023

| Servicios   | Dentro de la red | Fuera de la red  |
|---|------------------|------------------|
| Diálisis  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Pruebas de alergia que son médicamente necesarias solo para pacientes ambulatorios. (Excluye sueros y materiales para pruebas de alergia o las pruebas y tratamientos de alergia para pacientes hospitalizados)   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Quimioterapia   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Radiación   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Educación y atención para la diabetes<br><br>(Incluyendo aparatos ortopédicos médicamente necesarios para los pies, que no están sujetos a un máximo por año del plan. También incluye consejería nutricional y dietética con un plan de control de la diabetes y para adultos con mayor riesgo de tener enfermedades crónicas) | Sin cargo        | No está cubierto |
| Prótesis  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Terapia de infusión   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Consejería sobre nutrición  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Cirugía reconstructiva  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Atención virtual: visita de atención primaria   | Sin cargo        | No está cubierto |
| Atención virtual: visita con un especialista  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Atención virtual: atención de urgencia  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Dejar de fumar  | Sin cargo        | No está cubierto |
| Visitas en el consultorio de salud mental/por abuso de sustancias   | Sin cargo        | No está cubierto |