

## Programa de beneficios

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	60% después del deducible	60% después del deducible
Coseguro: usted paga	40% después del deducible	40% después del deducible
**Total individual máximo de gastos de bolsillo	\$1,800	N/A
**Total familiar máximo de gastos de bolsillo	\$3,600	N/A
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Servicios	<u>Usted paga</u> Dentro de la red	<u>Usted paga</u> Fuera de la red
Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de copago	No está cubierto
Visita con un especialista	\$50 de copago	No está cubierto

Servicios	Usted paga Dentro de la red	Usted paga Fuera de la red
Visita en el consultorio de otro médico	\$50 de copago	No está cubierto
Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$1,000 de copago	No está cubierto
Médico de cirugía ambulatoria/servicios quirúrgicos	\$100 de copago	No está cubierto
Servicios de hospicio	\$1,500 de copago por día	No está cubierto
Servicios dentales de rutina (adultos)	No está cubierto	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)	No está cubierto	No está cubierto
Centros de atención de urgencia	\$100 de copago	No está cubierto
Servicios de atención médica en el domicilio: 60 visitas por año del plan Excluye equipo médico duradero	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Servicios en salas de emergencias	\$1,000 de copago	\$1,000 de copago
Transporte/ambulancia de emergencia: la ambulancia que no sea de emergencia no está cubierta OON	\$1,000 de copago	\$1,000 de copago
Servicios de hospital como paciente hospitalizado (p. ej., hospitalización)	\$1,500 de copago por día	No está cubierto
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados	Sin cargo	No está cubierto
Cirugía bariátrica	No está cubierto	No está cubierto
Cirugía cosmética	No está cubierto	No está cubierto
Centro de enfermería especializada: 25 días por año del plan	\$1,500 de copago por día	No está cubierto
Atención prenatal y posnatal	\$25 de copago	No está cubierto

Servicios	Usted paga Dentro de la red	Usted paga Fuera de la red
Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizados para atención de maternidad	\$1,500 de copago por día	No está cubierto
Servicios de salud mental/conductual para pacientes ambulatorios	\$25 de copago	No está cubierto
Servicios de salud mental/conductual para pacientes hospitalizados	\$1,500 de copago por día	No está cubierto
Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por abuso de sustancias	\$25 de copago	No está cubierto
Servicios para pacientes hospitalizados por trastornos por abuso de sustancias	\$1,500 de copago por día	No está cubierto
Medicamentos genéricos	\$25 de copago	No está cubierto
Medicamentos de marca preferidos	\$50 de copago	No está cubierto
Medicamentos de marca no preferidos	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Medicamentos especializados, sujetos a autorización previa	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: 35 visitas por año (PT/OT/quiropático combinados)	\$100 de copago	No está cubierto
Servicios de habilitación: 35 visitas por año (PT/OT/quiropático combinados)	\$100 de copago	No está cubierto
Atención quiropática: limitada a 35 visitas en combinación con fisioterapia y terapia ocupacional	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Equipo médico duradero	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Audífonos	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$200 de copago	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

Servicios	Usted paga Dentro de la red	Usted paga Fuera de la red
Acupuntura	No está cubierto	No está cubierto
Examen de rutina de la vista para niños	\$25 de copago	No está cubierto
Anteojos para niños	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto
Terapia de rehabilitación del habla: 20 visitas por período de beneficios	\$100 de copago	No está cubierto
Terapia ocupacional de rehabilitación y fisioterapia de rehabilitación: 40 visitas por período de beneficios	\$100 de copago	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	\$100 de copago	No está cubierto
Radiografías y diagnóstico por imágenes	\$200 de copago	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	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto

Servicios	Usted paga Dentro de la red	Usted paga Fuera de la red
Odontología en casos de accidentes	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Diálisis	40% de coseguro después del deducible	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)	\$100 de copago	No está cubierto
Quimioterapia	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Radiación	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Educación y atención para la diabetes  (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)	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Prótesis	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Terapia de infusión	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Consejería sobre nutrición	No está cubierto	No está cubierto
Cirugía reconstructiva	40% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Atención virtual: visita de atención primaria	\$10 de copago	No está cubierto

Servicios	Usted paga Dentro de la red	Usted paga Fuera de la red
Atención virtual: visita con un especialista	\$25 de copago	No está cubierto
Atención virtual: atención de urgencia	\$50 de copago	No está cubierto
Dejar de fumar	Sin cargo	No está cubierto
Visitas en el consultorio de salud mental/por abuso de sustancias	\$25 de copago	No está cubierto