

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 | \$550 | N/A |
| **Total familiar máximo de gastos de bolsillo | \$1,100 | 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 | Ilimitado |
| 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) | \$550 de copago | No está cubierto |
| Médico de cirugía ambulatoria/servicios quirúrgicos | \$100 de copago | No está cubierto |
| Servicios de hospicio | \$550 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 | 40% de coseguro después del deducible | No está cubierto |
| Excluye equipo médico duradero | | |
| Servicios en salas de emergencias | \$550 de copago | \$550 de copago |
| Transporte/ambulancia de emergencia: la ambulancia que no sea de emergencia no está cubierta OON | \$550 de copago | \$550 de copago |
| Servicios de hospital como paciente hospitalizado (p. ej., hospitalización) | \$550 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 | \$550 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 | \$550 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 | \$550 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 | \$550 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 |