



**ESTA MATRIZ ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. SE DEBE CONSULTAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EVIDENCE OF COVERAGE, EOC) Y EL CONTRATO DEL PLAN PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA.**

**Período de cobertura**

El período de cobertura para este plan es del 07/01/23 al 6/30/24 (año del plan).

**Máximo de gastos de bolsillo por año del plan**

No pagará más costos compartidos durante un año del plan si los copagos y el coseguro que paga suman uno de los siguientes montos:

Para inscripción individual (una familia de un miembro)	\$1,000 por año del plan
Para una familia completa de dos o más miembros	\$2,000 por año del plan

**Deducible del plan**

Debe cumplir con el deducible del plan antes de que se aplique sus costos compartidos (excepto aquellos servicios que sean “sin cargo”):

Deducible médico	Sin deducible
Deducible de farmacia	Sin deducible

**Máximo de por vida**

Ninguno

Servicios profesionales (visitas al consultorio del proveedor del plan)	Su costo compartido
---	---------------------

Visitas de atención primaria para evaluaciones y tratamiento	\$0 de copago
Visitas de atención especializada para consultas, evaluaciones y tratamiento	\$0 de copago
Visitas a otros consultorios de médicos*	\$0 de copago
Exámenes de mantenimiento físico de rutina, incluyendo revisiones ginecológicas para mujeres	\$0 de copago
Exámenes preventivos para niños	\$0 de copago
Asesoramiento y consultas de planificación familiar	\$0 de copago
Exámenes de atención prenatal programados	\$0 de copago
Exámenes oculares de rutina con un optometrista del plan	\$0 de copago
Exámenes auditivos	\$0 de copago
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$0 de copago
Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención de urgencias	\$0 de copago
Nota: La atención de urgencias incluye servicios de intervención para crisis de salud mental/conductual y dependencia de sustancias químicas (trastorno por uso de sustancias).	
Servicios quiroprácticos	\$10 de copago
Nota: Hasta 24 visitas por miembro, por año del plan	
Servicios de acupuntura	\$10 de copago
Nota: Hasta 24 visitas por miembro, por año del plan	

La telesalud es un beneficio cubierto. Su costo compartido de servicios de telesalud no superará el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona.



Servicios ambulatorios	Su costo compartido
Tarifa de centro de cirugía ambulatoria	\$0 de copago
Tarifa del médico/cirujano ambulatorio	Incluidos en la tarifa del centro de cirugía ambulatoria
Visita ambulatoria	\$0 de copago
Vacunas	\$0 de copago
Radiografías	\$0 de copago
Pruebas de laboratorio	\$0 de copago
Exploraciones mediante MRI, CT y PET	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación/habilitación	\$0 de copago
Asesoramiento individual en educación de la salud cubierto	\$0 de copago
Programas de educación de la salud cubiertos	\$0 de copago

Servicios de hospitalización	Su costo compartido
Estancia hospitalaria (tarifa del centro)	\$0 de copago
Tarifa del médico/cirujano para cirugía	Incluidos en la estancia hospitalaria (tarifa del centro)

Cobertura de salud de emergencia	Su costo compartido
----------------------------------	---------------------

Tarifa de sala de emergencias	\$0 de copago
Tarifa del médico de sala de emergencias	Incluida en la tarifa de sala de emergencias

Nota: No se aplican tarifas de sala de emergencias si se ingresa directamente al hospital como paciente hospitalizado para los servicios cubiertos.

Servicios de intervención para crisis de salud mental y dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
--	---------------

Servicios de ambulancia	Su costo compartido
-------------------------	---------------------

Servicios de ambulancia	\$0 de copago
-------------------------	---------------

Cobertura de medicamentos con receta médica	Su costo compartido
---	---------------------

Artículos para pacientes ambulatorios cubiertos de acuerdo con nuestra guía de formulario de medicamentos:

<b>Medicamentos genéricos</b>	En una farmacia del plan	\$0 de copago
	Renovaciones a través de nuestro servicio de pedido por correo	\$0 de copago
<b>Medicamentos de marca</b>	En una farmacia del plan	\$0 de copago
	Renovaciones a través de nuestro servicio de pedido por correo	\$0 de copago

Niveles de medicamentos	Categorías
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos genéricos</li> <li>Medicamentos de marca preferida de bajo costo</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de marca</li> </ul>



Servicios de salud mental/conductual (Mental Health, MH)	Su costo compartido
--	---------------------

**Paciente hospitalizado:**

Tarifa de hospitalización psiquiátrica de MH	\$0 de copago
Tarifa del cirujano/médico psiquiátrico de MH	\$0 de copago
Observación psiquiátrica de MH	\$0 de copago
Pruebas psicológicas de MH	\$0 de copago
Tratamiento individual y grupal de MH	\$0 de copago
Evaluación individual y grupal de MH	\$0 de copago
Programa residencial para crisis de MH	\$0 de copago

**Paciente ambulatorio:**

Visitas al consultorio de MH	\$0 de copago
Monitoreo de tratamiento farmacológico de MH	\$0 de copago
Tratamiento individual y grupal de MH	\$0 de copago
Evaluación individual y grupal de MH	\$0 de copago

**Paciente ambulatorio, otros artículos y servicios:**

Análisis conductual aplicado y tratamiento de la salud conductual	\$0 de copago
Tratamiento multidisciplinario de MH en pacientes ambulatorios intensivos	
Programa de tratamiento psiquiátrico	\$0 de copago
Pruebas neuropsicológicas	\$0 de copago
Hospitalización parcial de MH	\$0 de copago
Pruebas psicológicas de MH	\$0 de copago

Nota: La telesalud es un beneficio cubierto. Su costo compartido de servicios de telesalud no superará el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona.

Servicios para dependencia de sustancias químicas (trastorno por uso de sustancias)	Su costo compartido
--	---------------------

**Paciente hospitalizado:**

Tarifa de hospitalización por dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
Tarifa del médico/cirujano por dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
Desintoxicación de pacientes hospitalizados	\$0 de copago
Tratamiento individual y grupal	\$0 de copago
Asesoramiento individual y grupal por dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
Evaluación individual y grupal	\$0 de copago
Servicios de recuperación residenciales de transición	\$0 de copago

**Paciente ambulatorio:**

Visitas al consultorio por dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
---	---------------



---

Evaluación individual y grupal por dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
Asesoramiento individual y grupal por dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
Mantenimiento con metadona	\$0 de copago

**Paciente ambulatorio, otros artículos y servicios:**

Programas ambulatorios intensivos por dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago
Programas de tratamiento de día para dependencia de sustancias químicas	\$0 de copago

Nota: La telesalud es un beneficio cubierto. Su costo compartido de servicios de telesalud no superará el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Su costo compartido
DME	\$0 de copago
Servicios de atención de la salud en el hogar	Su costo compartido
Atención de la salud en el hogar (hasta 100 visitas por año de beneficio)	\$0 de copago
Otros	Su costo compartido
Atención en centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficio)	\$0 de copago
Atención para enfermos terminales	\$0 de copago

**Notas:**

\* Visitas a otros consultorios de médicos incluyen visitas no proporcionadas por médicos de atención primaria o especialistas.