

ESTA MATRIZ ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLO 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 acumulación

El período de acumulación para este plan es del 01/01/23 al 12/31/23 (año calendario).

Máximo de gastos de bolsillo por año calendario

Usted no pagará más los costos compartidos durante un año calendario si los copagos y el coseguro que paga suman uno de los siguientes montos:

Para la inscripción individual (una familia de un miembro)	\$8,200 por año calendario
Para toda una familia de dos o más miembros	\$16,400 por año calendario

Deducible del plan

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

Deducible médico	\$6,300 por persona o \$12,600 por familia
Deducible de farmacia	\$500 por persona o \$1000 por familia

Máximo de por vida

Ninguno

Servicios profesionales (visitas al consultorio del proveedor del plan)

Sus costos compartidos

La mayoría de las visitas de atención primaria para evaluaciones y tratamiento	\$65 por visita*
La mayoría de las visitas de atención especializada para consultas, evaluaciones y tratamiento	\$95 por visita*
Otras visitas al consultorio del médico**	\$65 por visita*
Exámenes de mantenimiento físico de rutina, incluidos exámenes para mujeres sanas	Sin cargo
Exámenes preventivos para niños sanos (hasta los 23 meses de edad)	Sin cargo
Asesoramiento y consultas de planificación familiar	Sin cargo
Exámenes de atención prenatal programados	Sin cargo
Exámenes oculares de rutina con un optometrista del plan para miembros menores de 19 años	Sin cargo
Exámenes auditivos	Sin cargo
La mayoría de los tratamientos físicos, ocupacionales y del habla	\$65 por visita
Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención urgente	\$65 por visita*

Nota:

1. La atención urgente incluye servicios de intervención en crisis de salud mental/conductual y dependencia de sustancias químicas (trastorno por uso de sustancias).
2. La telemedicina consiste en beneficios cubiertos. El costo compartido de los servicios de telemedicina no debe superar el costo compartido de los mismos servicios prestados en persona.

Servicios ambulatorios

Sus costos compartidos

Tarifa del centro de cirugía ambulatoria	40 % de coseguro por procedimiento+
Honorarios del médico/cirujano ambulatorio	40 % de coseguro por visita+
Visita ambulatoria***	40 % de coseguro por visita+
La mayoría de las vacunas (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	40 % de coseguro por encuentro+
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40 por encuentro
Resonancia magnética (RM), la mayoría de las tomografías computarizadas (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP)	40 % de coseguro por procedimiento+
Servicios de rehabilitación/habilitación	\$65 por visita
Asesoramiento individual cubierto de educación sobre la salud	Sin cargo
Programas de educación sobre la salud cubiertos	Sin cargo

Servicios de hospitalización

Sus costos compartidos

Estadía hospitalaria (tarifa del centro)	40 % de coseguro por ingreso+
Honorarios del médico/cirujano por cirugía	40 % de coseguro por ingreso+

Cobertura de salud de urgencia

Sus costos compartidos

Tarifa del servicio de urgencias	40 % por visita+
Honorarios del médico del servicio de urgencias	Sin cargo



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2023:

Bronze 60 HMO

Nota: No se aplican tarifas de sala de urgencias si se ingresa directamente en el hospital como paciente hospitalizado por los servicios cubiertos.

Servicios de ambulancia	Sus costos compartidos
Servicios de ambulancia	40 % de coseguro por viaje+

Cobertura de medicamentos con receta	Sus costos compartidos
--------------------------------------	------------------------

Artículos para pacientes ambulatorios cubiertos de acuerdo con la guía de nuestro vademécum:

Nivel 1	En una farmacia del plan o en nuestro servicio de pedidos por correo	\$18 por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 2	En una farmacia del plan o en nuestro servicio de pedidos por correo	40 % de coseguro hasta \$500 por receta para un suministro de hasta 30 días+
Nivel 3	En una farmacia del plan o en nuestro servicio de pedidos por correo	40 % de coseguro hasta \$500 por receta para un suministro de hasta 30 días+
Nivel 4	Artículos en una farmacia del plan	40 % de coseguro hasta \$500 por receta para un suministro de hasta 30 días+

Niveles de medicamentos	Categorías
1	<ul style="list-style-type: none"> •La mayoría de los medicamentos genéricos •Marcas preferidas de bajo costo
2	<ul style="list-style-type: none"> •Medicamentos genéricos no preferidos •Medicamentos de marca preferidos •Cualquier otro medicamento recomendado por el comité de farmacia y terapéutica (pharmaceutical and therapeutics, P&T) del plan en función de la seguridad, eficacia y costo del medicamento
3	<ul style="list-style-type: none"> •Medicamentos de marca no preferidos •Medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, eficacia y costo del medicamento •Por lo general, tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa a un nivel más bajo
4	<ul style="list-style-type: none"> •Medicamentos que son productos biológicos y medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o el fabricante del medicamento requieren que se distribuyan a través de farmacias especializadas •Medicamentos que requieren que el inscrito tenga capacitación especial o control clínico •Medicamentos que le cuestan al plan de salud (neto de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro de un mes

Nota: Los costos compartidos del miembro serán el menor entre el precio minorista de la farmacia correspondiente a un medicamento con receta o el importe de los costos compartidos aplicable al medicamento, y dichos costos se acumularán hasta el deducible y el límite máximo de gastos de bolsillo.

Servicios de salud mental/conductual (Mental/Behavioral Health, MH)	Sus costos compartidos
---	------------------------

Paciente hospitalizado:

Tarifa por hospitalización psiquiátrica por MH	40 % de coseguro por ingreso+
Honorarios del médico psiquiátrico/cirujano de MH	40 % de coseguro por ingreso+
Observación psiquiátrica por MH	Incluido en la tarifa por hospitalización
Pruebas psicológicas de MH	Incluidas en la tarifa por hospitalización
Tratamiento individual y grupal de MH	Incluido en la tarifa por hospitalización
Evaluación individual y grupal de MH	Incluida en la tarifa por hospitalización
Programa residencial de crisis de MH	40 % de coseguro por ingreso+

Paciente ambulatorio:

Visitas al consultorio de MH	\$65 por visita*
Monitorización de MH del tratamiento con medicamentos	\$65 por visita*



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2023:

Bronze 60 HMO

Tratamiento individual y grupal de MH	\$65 por visita*
Evaluación individual y grupal de MH	\$65 por visita*

Paciente ambulatorio, otros artículos y servicios:

Análisis de comportamiento aplicado y tratamiento de salud conductual	\$65 por visita+
Tratamiento multidisciplinario de MH en programas intensivos para pacientes ambulatorios de tratamiento psiquiátrico	\$65 por visita+
Pruebas neuropsicológicas	\$65 por visita+
Hospitalización parcial por MH	\$65 por visita+
Pruebas psicológicas de MH	\$65 por visita+

Nota: La telemedicina es un beneficio cubierto. Su costo compartido de los servicios de telemedicina no debe superar el costo compartido de los mismos servicios prestados en persona.

Servicios por dependencia de sustancias químicas (trastorno por uso de sustancias)	Sus costos compartidos
--	------------------------

Paciente hospitalizado:

Tarifa por hospitalización por dependencia de sustancias químicas	40 % de coseguro por ingreso+
Honorarios del médico/cirujano por dependencia de sustancias químicas	40 % de coseguro por ingreso+
Desintoxicación del paciente hospitalizado	Incluida en la tarifa por hospitalización
Tratamiento individual y grupal	Incluido en la tarifa por hospitalización
Asesoramiento individual y grupal sobre dependencia de sustancias químicas	Incluido en la tarifa por hospitalización
Evaluación individual y grupal	Incluida en la tarifa por hospitalización
Servicios de recuperación residencial de transición	40 % de coseguro por ingreso+

Paciente ambulatorio:

Visitas al consultorio por dependencia de sustancias químicas	\$65 por visita*
Evaluación individual y grupal por dependencia de sustancias químicas	\$65 por visita*
Asesoramiento individual y grupal sobre dependencia de sustancias químicas	\$65 por visita*
Mantenimiento con metadona	\$65 por visita*

Paciente ambulatorio, otros artículos y servicios:

Programas intensivos para pacientes ambulatorios de dependencia de sustancias químicas	\$65 por visita+
Programas de tratamiento diurno para dependencia de sustancias químicas	\$65 por visita+

Nota: La telemedicina consiste en beneficios cubiertos. El costo compartido de los servicios de telemedicina no debe superar el costo compartido de los mismos servicios prestados en persona.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Sus costos compartidos
---	------------------------

Artículos de DME que son beneficios para la salud esenciales	40 % de coseguro+
--	-------------------

Servicios de atención de la salud a domicilio	Sus costos compartidos
---	------------------------

Atención de la salud a domicilio (hasta 100 visitas por año calendario)	40 % de coseguro por visita+
---	------------------------------

Otros	Sus costos compartidos
-------	------------------------

Gafas o lentes de contacto para miembros menores de 19 años:

Marco para gafas de estilos seleccionados por año calendario	Sin cargo
Lentes de contacto estándares por año calendario	Sin cargo
Lentes para gafas normales por año calendario	Sin cargo

Nota: Limitado a un par de gafas al año (lentes de contacto en lugar de gafas).

Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	40 % de coseguro+
--	-------------------

Cuidados paliativos	Sin cargo
---------------------	-----------

Servicios odontológicos

Para los costos compartidos asociados, como exámenes bucales, limpieza preventiva, ortodoncia médicamente necesaria, etc.

Consulte el programa de beneficios de Liberty Dentals con los montos de costo apropiados.



Notas:

+Se aplica deducible

*El deducible se aplica después de las tres primeras visitas no preventivas. Se exime el deducible para las tres primeras visitas no preventivas combinadas, que pueden incluir visitas al consultorio (médico general, de cabecera y especialista), visitas de atención urgente o visitas ambulatorias de salud mental/trastorno por uso de sustancias.

**Otras visitas al consultorio del médico incluyen visitas no proporcionadas por médicos de cabecera o especialistas.

***Las visitas ambulatorias incluyen, entre otros, los siguientes tipos de visitas ambulatorias: quimioterapia ambulatoria, radiación ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria y diálisis ambulatoria, y servicios ambulatorios similares.

El plan proporcionará cobertura sin ningún costo compartido para realizar una prueba de detección de cáncer colorrectal a la que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) haya asignado un grado A o B.

Hay cobertura para dependientes disponible para padres/madres dependientes o padrastros/madrastras que viven o residen dentro del área de servicio del plan. Los miembros que deseen agregar a sus padres/madres o padrastros/madrastras dependientes recibirán un aviso por escrito sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) del Departamento de Envejecimiento de California.

En el caso de los proveedores de la red, el plan proporcionará cobertura de kits de pruebas para el hogar con los que se pueden detectar enfermedades de transmisión sexual, así como los costos de laboratorio para el procesamiento de dichos kits que se consideren médicamente necesarios o apropiados y que sean solicitados directamente por un proveedor de atención médica o suministrados mediante una orden permanente para el uso del paciente basada en la guía clínica y la salud individual del paciente.

Notas:

1) Todos los pagos de costos compartidos por servicios cubiertos dentro de la red se aplican al máximo de gastos de bolsillo. Si se aplica un deducible al servicio, los pagos de costos compartidos de todos los servicios dentro de la red se acumulan para el deducible. Los servicios dentro de la red incluyen servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red, pero aprobados como dentro de la red por el emisor.

2) Para los servicios cubiertos fuera de la red en un plan PPO, estos diseños de planes de beneficios centrados en el paciente no determinan el costo compartido, el deducible ni los importes máximos de gastos de bolsillo. Consulte la Evidencia de cobertura o la Póliza del plan PPO correspondiente.

3) Los pagos de costos compartidos para medicamentos que no están incluidos en el vademécum, pero que están aprobados como excepciones se acumulan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red del plan.

4) Para los planes excepto los Planes de Salud de Alto Deducible (high-deductible health plan, HDHP), en coberturas que no sean individuales, el pago de una persona para el deducible, si es necesario, se limita al importe del deducible anual individual. En la cobertura que no sea la cobertura individual, la contribución de bolsillo de una persona se limita al máximo anual de bolsillo de la persona. Después de que una familia alcanza el máximo de gastos de bolsillo, el emisor paga todos los costos por los servicios cubiertos para todos los miembros de la familia.

5) En el caso de los HDHP, en lugar de la cobertura individual, el pago de una persona para un deducible, si es necesario, debe ser el mayor entre (1) el importe del deducible especificado para la cobertura individual o (2) el importe del deducible mínimo para la cobertura familiar especificado por el Servicio de Impuestos Internos (Internal



Revenue Service, IRS) en su procedimiento de ingresos para el año calendario 2023 para los importes ajustados por inflación para las Cuentas de Ahorros para la Salud (Health Savings Accounts, HSA), emitido de conformidad con la sección 223 del Código de Impuestos Internos. En la cobertura que no sea la cobertura individual, la contribución de bolsillo de una persona se limita al máximo anual de bolsillo de la persona.

6) Los copagos nunca pueden exceder el costo real del servicio del plan. Por ejemplo, si las pruebas de laboratorio cuestan menos que el copago de \$45, el importe menor es el importe de costos compartidos correspondiente.

7) Para los planes Bronze y Catastrophic non-HDHP, se exige el deducible para las tres primeras visitas no preventivas combinadas, que pueden incluir visitas al consultorio, visitas de atención urgente o visitas ambulatorias de salud mental/trastorno por uso de sustancias.

8) El costo compartido de los miembros para los medicamentos contra el cáncer por vía oral no excederá los \$250 para una receta de hasta 30 días según la ley estatal (Código de Salud y Seguridad § 1367.656; Código de Seguro § 10123.206).

9) En los Planes Platinum y Gold Copay, las estadías en centros de enfermería especializada y hospitalizaciones no tienen costos compartidos adicionales después de los primeros 5 días de una estadía continua.

10) En el caso de los medicamentos para tratar una enfermedad o afección, el copago o coseguro se aplica a un suministro de medicamentos con receta de hasta 30 días. Nada en esta nota impide que un emisor ofrezca recetas de pedidos por correo a un costo compartido reducido.

11) Según corresponda, para la atención dental para niños del diseño del beneficio, un emisor puede elegir el copago o el diseño del coseguro del beneficio estándar dental para niños, independientemente de si el emisor selecciona el copago o el diseño del coseguro para la parte no dental del diseño del beneficio. En el plan Catastrophic, el deducible debe aplicarse a los beneficios dentales no preventivos para niños.

12) Un diseño de beneficio de plan de salud que utilice el diseño de copago de beneficio estándar dental para niños debe cumplir con el Programa de Copagos Dentales 2023 de Covered California.

13) La participación en los costos de los miembros para los servicios de ortodoncia médicamente necesarios se aplica al curso de tratamiento, no a los años de beneficio individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Esta participación en los costos del miembro se aplica al curso del tratamiento siempre que el miembro permanezca inscrito en el plan.

14) Los términos de participación en los costos y los requisitos de acumulación para los beneficios para la salud no esenciales que son servicios cubiertos no se abordan en estos diseños de planes de beneficios centrados en el paciente.

15) Otros artículos y servicios ambulatorios para trastornos de salud mental/por uso de sustancias incluyen, entre otros, hospitalización parcial, tratamiento psiquiátrico ambulatorio intensivo multidisciplinario, programas de tratamiento diurno, programas intensivos para pacientes ambulatorios, tratamiento de salud conductual para trastorno generalizado del desarrollo (TGD)/autismo administrado en el domicilio y otros servicios ambulatorios intermedios que se encuentran entre la atención hospitalaria y las visitas ambulatorias habituales al consultorio.

16) El tratamiento residencial por abuso de sustancias que emplea tratamientos altamente intensivos y variados en un ambiente muy estructurado y ocurre en entornos que incluyen, entre otros, rehabilitación residencial comunitaria, administración de casos y programas de atención postratamiento, se clasifica como trastorno por consumo de sustancias en los servicios hospitalarios.

17) Los especialistas son médicos que tratan alguna de las siguientes especialidades: alergia, anestesiología, dermatología, cardiología y otros especialistas en medicina interna, neonatología, neurología, oncología,



oftalmología, ortopedia, patología, psiquiatría, radiología, cualquier especialidad quirúrgica, otorrinolaringología, urología y otras designadas según corresponda. Los servicios prestados por especialistas para el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias se clasificarán como servicios ambulatorios de salud mental/conductual o trastornos por consumo de sustancias.

18) La categoría Otro profesional puede incluir personal de enfermería practicantes, personal de enfermería certificados para partos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas respiratorios, psicólogos clínicos, terapeutas del habla y el lenguaje, trabajador social clínico con licencia, terapeutas de matrimonio y familiares, terapeutas de análisis de comportamiento aplicado, terapeutas de acupuntura, dietistas matriculados y otros asesores nutricionales. Nada en esta nota impide que un plan utilice otra categoría de beneficios comparable distinta de la categoría de visitas a especialistas para un servicio proporcionado por uno de estos profesionales.

Servicios prestados por otros

médicos para el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias se clasificarán como servicios ambulatorios de salud mental/conductual o trastornos por consumo de sustancias.

19) La línea Visita ambulatoria dentro de la categoría Servicios ambulatorios incluye, entre otros, los siguientes tipos de visitas ambulatorias: quimioterapia ambulatoria, radiación ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria y diálisis ambulatoria, y servicios ambulatorios similares.

20) La participación en los costos de los médicos por hospitalización puede aplicarse a cualquier médico que facture por separado del centro (p. ej., cirujano). El médico de cabecera o especialista de un miembro puede aplicar el costo compartido de visita al consultorio cuando realice una visita al miembro en un hospital o centro de enfermería especializada.

21) Covered California puede aprobar desviaciones de los diseños de planes de beneficios para ciertos servicios según el caso si es necesario para cumplir con la Ley de Paridad de Salud Mental de California o la Ley federal de Equidad de Adicciones y Paridad de la Salud Mental (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).

22) El tratamiento de la salud conductual para el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo está cubierto por los servicios ambulatorios de salud mental/conductual.

23) Los niveles de medicamentos se definen de la siguiente manera:

Nivel	Definición
1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y de marcas preferidas de bajo costo.
2	1) Medicamentos genéricos no preferidos.
	2) Medicamentos de marca preferidos; y
	3) Cualquier otro medicamento recomendado por el comité de farmacia y terapéutica (P&T) del plan en función de la seguridad, eficacia y costo del medicamento.
3	1) Medicamentos de marca no preferidos; o
	2) Medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, eficacia y costo del medicamento; o
	3) Por lo general, tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa a un nivel más bajo.
4	1) Medicamentos que son productos biológicos y medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o el fabricante del fármaco requieren que se distribuya a través de farmacias especializadas.
	2) Medicamentos que requieren que el inscrito tenga capacitación especial o control clínico.



<p>3) Medicamentos que el costo del plan de salud (neto de reembolsos) es de más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro de un mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Algunos medicamentos pueden estar sujetos a un costo compartido cero según las normas de los servicios preventivos. <p>24) Los emisores deben cumplir con la Sección 156.122(d) del Título 45 del CFR con fecha del 27 de febrero de 2015, que requiere que el plan de salud publique una lista actualizada, precisa y completa de todos los medicamentos cubiertos en su vademécum, incluida cualquier estructura de niveles que se adopte.</p> <p>25) El vademécum de un plan debe incluir una descripción escrita clara del proceso de excepción que un inscrito podría utilizar para obtener cobertura de un medicamento que no está incluido en el vademécum del plan.</p> <p>26) El emisor no puede imponer una participación en los costos de los miembros para el autocontrol de la diabetes, que se define como servicios que se proporcionan para la capacitación en autocontrol ambulatorio diabético, educación y terapia de nutrición médica para permitir que un miembro utilice adecuadamente los dispositivos, equipos, medicamentos y suministros, y cualquier capacitación adicional en autocontrol ambulatorio, educación y terapia de nutrición médica cuando lo indique o prescriba el médico del miembro. Esto incluye, entre otras, instrucciones que permitirán a los pacientes con diabetes y a sus familias comprender el proceso de la enfermedad diabética y el tratamiento diario de la terapia, con el fin de evitar hospitalizaciones y complicaciones frecuentes.</p> <p>27) El costo compartido de los servicios de cuidados paliativos se aplica independientemente del sitio del servicio.</p> <p>28) En el caso de todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA, no se pueden imponer límites en el número de días para el curso del tratamiento (ya sea solo o en combinación) durante el año del plan.</p> <p>29) Para las hospitalizaciones, si el centro no factura la tarifa del centro y los honorarios del médico/cirujano por separado, un emisor puede aplicar los requisitos de costos compartidos para el costo del centro a la totalidad del cargo.</p> <p>30) Para cualquier diseño de plan de beneficios en el que no esté presente una designación de Individual-Only (solo individual) o CCSB-Only (solo CCSB), el diseño del plan de beneficios será aplicable a los mercados individuales y de grupos de empresas pequeñas. Si un plan de salud busca ofrecer dichos diseños de plan de beneficios en ambos mercados, se tratarán como diseños de plan de beneficios separados a los fines de cumplimiento normativo.</p> <p>31) El desembolso máximo en el plan HDHP Bronze no excederá el límite máximo de gastos de bolsillo especificado por el IRS en su procedimiento de ingresos para el año calendario 2023 para importes ajustados por inflación para planes HDHP vinculados a Cuentas de Ahorro de Salud (HSA), emitido de conformidad con la sección 26 U.S.C Sección 223.</p>
--	--

Este es un resumen de los beneficios más frecuentes. Este gráfico no explica los beneficios, los costos compartidos, los montos máximos de gastos de bolsillo, las exclusiones o las limitaciones, ni enumera todos los beneficios y los importes de los costos compartidos. Para obtener una explicación completa, consulte las secciones "Beneficios y costos compartidos", "Limitaciones y exclusiones" y "Responsabilidad de pago y reembolso" en su EOC.