

ESTA MATRIZ ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LAS PRESTACIONES DE LA 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 LAS PRESTACIONES Y 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).

Desembolso máximo por año calendario

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

Para la inscripción solo por cuenta propia (una familia de un miembro)	\$4,500 por año calendario
Para toda una familia de dos o más miembros	\$9,000 por año calendario

Deducible del plan

Debe alcanzar su deducible del plan antes de que se aplique su costo compartido (excepto aquellos servicios que tienen "sin cargo"):

Deducible de los servicios médicos	Ninguno
Deducible de la farmacia	Ninguno

Máximo de por vida

Ninguno

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

La mayoría de las visitas de atención primaria para evaluaciones y tratamiento	\$15 por visita
La mayoría de las visitas de atención especializada para consultas, evaluaciones y tratamiento	\$30 por visita
Otras visitas al consultorio del médico*	\$15 por visita
Exámenes de mantenimiento físico de rutina, incluidos exámenes de bienestar para mujeres	Sin cargo
Exámenes preventivos para niños sanos (hasta los 23 meses de edad)	Sin cargo
Asesoramiento y consultas sobre planificación familiar	Sin cargo
Exámenes de atención prenatal programados	Sin cargo
Exámenes oftalmológicos de rutina con un optometrista del plan para miembros menores de 19 años	Sin cargo
Exámenes de audición	Sin cargo
La mayoría de las fisioterapias, terapias ocupacionales y del habla	\$15 por visita
Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención de urgencia	\$15 por visita

Nota:

1. La atención de urgencia incluye servicios de intervención en crisis de salud mental/conductual y dependencia de sustancias químicas (trastorno por consumo de sustancias).
2. La telesalud son prestaciones cubiertas. Su costo compartido para los servicios de telesalud no excederá el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona.

Servicios ambulatorios Su costo compartido

Tarifa del centro de cirugía para pacientes ambulatorios	\$100 por procedimiento
Tarifa del médico/cirujano para pacientes ambulatorios	\$25 por visita
Visita para pacientes ambulatorios**	10 % de coseguro por visita
La mayoría de las vacunas (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	\$30 por encuentro
La mayoría de los análisis de laboratorio	\$15 por encuentro



Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de las tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$75 por procedimiento
Servicios de rehabilitación/habilitación	\$15 por visita
Asesoramiento individual sobre educación para la salud cubierto	Sin cargo
Programas de educación para la salud cubiertos	Sin cargo

Servicios de hospitalización	Su costo compartido
-------------------------------------	----------------------------

Estadía como paciente hospitalizado (tarifa del centro)	\$250 por día hasta 5 días por admisión***
Tarifa del médico/cirujano por cirugía	Sin cargo

Cobertura médica de emergencia	Su costo compartido
---------------------------------------	----------------------------

Tarifa del centro de la sala de emergencias	\$150 por visita
Tarifa del médico de la sala de emergencias	Sin cargo

Nota: Los cargos de la sala de emergencias no se aplican si es admitido directamente en el hospital como paciente hospitalizado por servicios cubiertos.

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

Servicios de ambulancia	\$150 por viaje
-------------------------	-----------------

Cobertura de medicamentos recetados	Su costo compartido
--------------------------------------------	----------------------------

Artículos cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:

Nivel 1 En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedido por correo	\$5 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 2 En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedido por correo	\$15 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 3 En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedido por correo	\$25 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 4 Artículos en una farmacia del plan	10 % de coseguro hasta \$250 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; y las marcas preferidas de bajo costo.
2	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos genéricos no preferidos; medicamentos de marca preferidos; y cualquier otro medicamento recomendado por el comité de productos farmacéuticos y terapéuticos (Pharmaceutical and therapeutics, P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.
3	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de marca no preferidos; o medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos; o que, por lo general, tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa en un nivel inferior.
4	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de origen biológico 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 afiliado tenga capacitación especial o monitoreo clínico; medicamentos que le cuestan al plan de salud (neto de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por el suministro de un mes.



Nota: El costo compartido del miembro será la cantidad menor entre el precio minorista de la farmacia para un medicamento recetado o el monto de costo compartido aplicable para el medicamento y dichos gastos se acumularán hasta el deducible y el límite de desembolso máximo.

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

Pacientes hospitalizados:

Tarifa de hospitalización psiquiátrica de MH	\$250 por día hasta 5 días por admisión***
Tarifa del médico psiquiátrico/cirujano de MH	Sin cargo
Observación psiquiátrica de MH	Incluida en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Pruebas psicológicas de MH	Incluidas en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Tratamiento individual y grupal de MH	Incluido en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Evaluación individual y grupal de MH	Incluida en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Programa residencial de crisis de MH	\$250 por día hasta 5 días por admisión***

Pacientes ambulatorios:

Visitas al consultorio de MH	\$15 por visita
Monitoreo de terapia farmacológica de MH	\$15 por consulta
Tratamiento individual y grupal de MH	\$15 por consulta
Evaluación individual y grupal de MH	\$15 por consulta

Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:

Análisis conductual aplicado y tratamiento de salud conductual	\$15 por consulta
Tratamiento multidisciplinario de MH en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	\$15 por consulta
Pruebas neuropsicológicas	\$15 por consulta
Hospitalización parcial de MH	\$15 por consulta
Pruebas psicológicas de MH	\$15 por consulta

Nota: La telesalud son prestaciones cubiertas. Su costo compartido para los servicios de telesalud no excederá el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona.

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

Pacientes hospitalizados:

Tarifa de hospitalización por dependencia de sustancias químicas	\$250 por día hasta 5 días por admisión***
Tarifa del médico/cirujano por dependencia de sustancias químicas	Sin cargo
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	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	\$250 por día hasta 5 días por admisión***

Pacientes ambulatorios:

Visitas al consultorio por dependencia de sustancias químicas	\$15 por visita
Evaluación individual y grupal de dependencia de sustancias químicas	\$15 por visita
Asesoramiento individual y grupal para la dependencia de sustancias químicas	\$15 por visita



Mantenimiento con metadona \$15 por visita

Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:

Programas intensivos para pacientes ambulatorios por dependencia de sustancias químicas \$15 por visita

Programas de tratamiento diurno para la dependencia de sustancias químicas \$15 por visita

Nota: La telesalud son prestaciones cubiertas. Su costo compartido para los servicios de telesalud no excederá el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Su costo compartido
----------------------------------------------------------------	----------------------------

Artículos de DME que son prestaciones de salud esenciales	10 % de coseguro
-----------------------------------------------------------	------------------

Servicios médicos en el hogar	Su costo compartido
--------------------------------------	----------------------------

Atención médica en el hogar (hasta 100 visitas por año calendario)	\$20 por visita
--------------------------------------------------------------------	-----------------

Otros	Su costo compartido
--------------	----------------------------

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

Marco para anteojos de estilos seleccionados por año calendario Sin cargo

Lentes de contacto estándares por año calendario Sin cargo

Lentes para anteojos regulares por año calendario Sin cargo

Nota: Limitado a un par de anteojos por año (lentes de contacto en lugar de anteojos).

Atención en un centro de enfermería especializada

(hasta 100 días por período de prestaciones) \$150 por día hasta 5 días por admisión***

Cuidados paliativos Sin cargo

Servicios dentales

Para costos compartidos asociados, como examen bucal, limpieza preventiva, ortodoncia médicamente necesaria, etc. consulte el programa de prestaciones de Liberty Dentals con los montos de costos correspondientes.

Notas:

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

** "Consulta ambulatoria" incluye, entre otros, los siguientes tipos de consultas ambulatorias: quimioterapia ambulatoria, radiación ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria y diálisis ambulatoria y servicios ambulatorios similares.

*** Las estadías no tienen costos compartidos adicionales después de los primeros 5 días de una estadía continua.

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

Hay cobertura para dependientes disponible para padres dependientes o padrastros que viven o residen dentro del área de servicio del plan. Los miembros que deseen agregar a sus padres o padrastros dependientes recibirán una notificación 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.



Para los proveedores dentro de la red, el plan proporcionará cobertura para kits de pruebas en el hogar para enfermedades de transmisión sexual, y los costos de laboratorio para el procesamiento de esos kits, que se consideren médicamente necesarios o apropiados y ordenados directamente por un proveedor de atención médica o proporcionados a través de una orden permanente para uso del paciente en función de las pautas clínicas y la salud del paciente individual.

Notas:

- 1) Todos y cada uno de los pagos de costos compartidos por servicios cubiertos dentro de la red se aplican al desembolso máximo en efectivo. Si un deducible se aplica al servicio, los pagos de costos compartidos para 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 están aprobados como dentro de la red por la institución.
- 2) Para los servicios cubiertos fuera de la red en un plan PPO, estos diseños de planes de prestaciones centradas en el paciente no determinan el costo compartido, el deducible ni los montos de los desembolsos máximos en efectivo. Consulte la Evidencia de cobertura o la Póliza de PPO correspondiente.
- 3) Los pagos de costos compartidos para los medicamentos que no están en el formulario pero que se aprueban a medida que las excepciones se acumulan para el desembolso máximo en efectivo dentro de la red del Plan.
- 4) Para los planes, excepto los HDHP, de una cobertura que no sea la cobertura individual, el pago de una persona para alcanzar un deducible, si es necesario, se limita al monto del deducible anual individual. En la cobertura que no sea la cobertura individual, el aporte en efectivo de una persona se limita al desembolso máximo anual en efectivo de la persona. Después de que una familia alcanza el desembolso máximo familiar en efectivo, la institución paga todos los costos de los servicios cubiertos para todos los miembros de la familia.
- 5) En el caso de los HDHP, en una cobertura que no sea la cobertura individual, el pago de una persona para un deducible, si se requiere, debe ser el monto más alto entre (1) el monto de deducible especificado para la cobertura individual o (2) el monto de deducible mínimo para la cobertura familiar especificado por el IRS en su procedimiento administrativo tributario para el año calendario 2023 para los montos ajustados por inflación para las Cuentas de Ahorros para la Salud (Health Savings Accounts, HSA), emitidos de conformidad con la sección 223 del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code). En la cobertura que no sea la cobertura individual, el aporte en efectivo de una persona se limita al desembolso máximo anual en efectivo de la persona.
- 6) Los copagos nunca pueden exceder el costo real del servicio del plan. Por ejemplo, si los análisis de laboratorio cuestan menos que el copago de \$45, el monto menor es el monto de costo compartido aplicable.
- 7) Para los planes Bronze y Catastrophic que no son del HDHP, no se aplica el deducible para las primeras tres consultas de carácter no preventivo combinadas, que pueden incluir visitas al consultorio, consultas por atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental/consumo de sustancias.
- 8) El costo compartido del miembro para los medicamentos orales contra el cáncer no excederá los \$250 por 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 estadias en centros de enfermería especializada y para pacientes hospitalizados no tienen costo compartido adicional después de los primeros 5 días de una estadía continua.



- 10) Para los medicamentos para tratar una enfermedad o afección, el copago o coseguro se aplica a un suministro de medicamentos recetados de hasta 30 días. Nada de lo contenido en esta nota impide que una institución ofrezca pedidos de medicamentos recetados por correo a un costo compartido reducido.
- 11) Según corresponda, para la sección de odontología infantil del sistema de prestaciones, una institución puede elegir la prestación odontológica infantil estándar de copago o coseguro del sistema, independientemente de si la institución selecciona el sistema de copago o coseguro para la sección no odontológica del sistema de prestaciones. En el plan Catastrophic, el deducible debe aplicarse a las prestaciones odontológicas infantiles de carácter no preventivo.
- 12) El sistema de prestaciones de un plan de salud que utiliza el sistema estándar de copago de prestaciones odontológicas infantiles debe cumplir con el Programa de copagos odontológicos de Covered California 2023.
- 13) El costo compartido del miembro para los servicios de ortodoncia indicados por un especialista se aplica al tratamiento, no a los años de prestaciones individuales dentro de un tratamiento de varios años. Esta participación en los costos del miembro se aplica al tratamiento siempre que el miembro permanezca inscrito en el plan.
- 14) Los términos de costos compartidos y los requisitos de acumulación para las prestaciones de salud no esenciales que son servicios cubiertos no se abordan en estos Sistemas de planes de prestaciones centrados en el paciente.
- 15) Trastorno de salud mental/consumo de sustancias, otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, hospitalización parcial, tratamiento psiquiátrico intensivo multidisciplinario para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento diurno, programas intensivos para pacientes ambulatorios, tratamiento de salud conductual para el trastorno generalizado del desarrollo (pervasive developmental disorder, PDD)/autismo administrado en el hogar y otros servicios intermedios para pacientes ambulatorios que se encuentran entre la atención para pacientes hospitalizados y las visitas regulares al consultorio para pacientes ambulatorios.
- 16) El tratamiento residencial por abuso de sustancias que emplea terapias altamente intensivas y variadas en un entorno altamente estructurado y se produce en ambientes que incluyen, entre otros, rehabilitación residencial comunitaria, gestión de casos y programas de tratamiento poshospitalario, se categoriza como servicios para pacientes hospitalizados por trastornos por consumo de sustancias.
- 17) Los especialistas son médicos con una de estas especialidades: especialistas en alergia, anestesiología, dermatología, cardiología y otros especialistas en medicina interna, neonatología, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, patología, psiquiatría, radiología, cualquier especialidad quirúrgica, otorrinolaringología, urología y otros designados según corresponda. Los servicios proporcionados por especialistas para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias se categorizarán como servicios ambulatorios de salud mental/conductual o trastornos por consumo de sustancias.
- 18) La categoría Otros profesionales (Other Practitioner) puede incluir enfermeros/as practicantes, enfermeras obstetras certificadas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas respiratorios, psicólogos clínicos, terapeutas del habla y del lenguaje, trabajadores sociales clínicos con licencia, terapeutas matrimoniales y



familiares, terapeutas de análisis conductual aplicado, profesionales de acupuntura, nutricionistas registrados y otros asesores de nutrición. Nada de lo contenido en esta nota impide que un plan utilice otra categoría de prestaciones comparable que no sea la categoría de consulta al especialista para un servicio proporcionado por uno de estos profesionales. Los servicios proporcionados por otros profesionales para el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias se categorizarán como servicios ambulatorios de salud mental/conductual o trastornos por consumo de sustancias.

19) La prestación “Consulta ambulatoria” dentro de la categoría Servicios ambulatorios incluye, entre otros, los siguientes tipos de consultas ambulatorias: quimioterapia ambulatoria, radiación ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria y diálisis ambulatoria y servicios ambulatorios similares.

20) Los costos compartidos por servicios del médico para pacientes hospitalizados pueden aplicarse a cualquier médico que facture por separado del centro (p. ej., cirujano). El médico de atención primaria o el especialista de un miembro pueden aplicar el costo compartido de la consulta cuando realiza una visita al miembro en un hospital o centro de enfermería especializada.

21) Covered California puede aprobar desviaciones de los sistemas de planes de prestaciones para ciertos servicios teniendo en cuenta casos particulares si son necesarias para cumplir con la Ley de Paridad de Salud Mental de California o la Ley Federal de Paridad de Salud Mental y Equidad para las Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).

22) El tratamiento de 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 las 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 productos farmacéuticos y terapéuticos (P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el 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, la eficacia y el costo de los medicamentos; o
	3) que, por lo general, tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa en un nivel inferior.
4	1) Medicamentos de origen biológico y medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o el fabricante del medicamento requieren que se distribuyan a través de farmacias especializadas;
	2) medicamentos que requieren que el afiliado tenga capacitación especial o monitoreo clínico;
	3) medicamentos que le cuestan al plan de salud (neto de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por el suministro de un mes.



- Algunos medicamentos pueden estar sujetos a cero costos compartidos en virtud de las normas de servicios preventivos.

24) Las instituciones deben cumplir con la Sección 156.122(d) del Título 45 del CFR con fecha 27 de febrero de 2015, que exige que el plan de salud publique una lista actualizada, precisa y completa de todos los medicamentos cubiertos en la lista de su formulario, incluida cualquier estructura de niveles que se adopte.

25) El formulario de un plan debe incluir una descripción clara por escrito del proceso de excepción que un afiliado podría usar para obtener cobertura de un medicamento que no está incluido en el formulario del plan.

26) La institución sanitaria no puede imponer costos compartidos al miembro para el autocontrol de la diabetes, lo que se define como servicios que se proporcionan para la capacitación, educación y terapia de nutrición médica para el autocontrol de pacientes diabéticos ambulatorios, a fin de permitir que un miembro use adecuadamente los dispositivos, equipos, medicamentos y suministros, y cualquier capacitación, educación y terapia de nutrición médica adicionales para el autocontrol de pacientes ambulatorios cuando así lo indique o recete el médico del miembro. Esto incluye, entre otras cosas, instrucciones que permitirán a los pacientes diabéticos y a sus familias comprender el proceso de la enfermedad diabética y el manejo diario del tratamiento de la diabetes, a fin de evitar hospitalizaciones y complicaciones frecuentes.

27) El costo compartido para los servicios de cuidados paliativos se aplica independientemente del lugar de servicio.

28) Para todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA, no se pueden imponer límites en la cantidad de días de tratamiento (ya sea solo o en combinación) durante el año del plan.

29) Para estadias de pacientes hospitalizados, si el centro no factura la tarifa del centro y los honorarios del médico/cirujano por separado, una institución puede aplicar los requisitos de costos compartidos para la tarifa del centro a la totalidad del cargo.

30) Para cualquier sistema de planes de prestaciones en los que no esté presente una designación de Solo individual o Solo CCSB, el sistema del plan de prestaciones se aplicará a los mercados individuales y de grupos pequeños. Si un plan de salud busca ofrecer dicho(s) sistema(s) de planes de prestaciones en ambos mercados, se tratarán como sistemas de planes de prestaciones separados a los fines del cumplimiento normativo.

31) El máximo desembolso en efectivo en el plan Bronze del HDHP no excederá el límite máximo de desembolso en efectivo especificado por el IRS en su procedimiento administrativo tributario para el año calendario 2023 para los montos ajustados por inflación para los HDHP vinculados a las Cuentas de Ahorros para la Salud (Health Savings Accounts, HSA), emitidos de conformidad con la Sección 26 del U.S.C., Sección 223.

Este es un resumen de las prestaciones más frecuentes. Este cuadro no explica las prestaciones, los costos compartidos, los desembolsos máximos, las exclusiones o las limitaciones, ni enumera todas las prestaciones y los montos de los costos compartidos. Para obtener una explicación completa, consulte las secciones "Prestaciones y costos compartidos", "Limitaciones y exclusiones" y "Responsabilidad de pago y reembolso" en su EOC.