



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2024: Cobertura mínima HMO

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 (EOC) Y EL CONTRATO DEL PLAN PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS PRESTACIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

Período de cobertura

El período de cobertura de este plan es del 01/01/24 al 12/31/24 (año del plan).

Desembolso máximo por año del plan

Usted no pagará más costos compartidos durante un año del plan 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)	\$9,450 por año del plan
Para toda una familia de dos o más miembros	\$18,900 por año del plan

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 médico y/o de farmacia integrado	\$9,450 por persona o \$18,900 por familia
--	--

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	0 % de coseguro por visita*
La mayoría de las visitas de atención especializada para consultas, evaluaciones y tratamiento	0 % de coseguro por visita+
Otras visitas al consultorio del médico**	0 % de coseguro 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	0 % de coseguro por visita*
Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención de urgencia	0 % de coseguro 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.



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2024: Cobertura mínima HMO

Servicios ambulatorios	Su costo compartido
Tarifa del centro de cirugía para pacientes ambulatorios	0 % de coseguro por procedimiento+
Tarifa del médico/cirujano para pacientes ambulatorios	0 % de coseguro por visita+
Visita para pacientes ambulatorios***	0 % de coseguro por visita+
La mayoría de las vacunas (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	0 % de coseguro por encuentro+
La mayoría de los análisis de laboratorio	0 % por encuentro+
Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de las tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	0 % de coseguro por procedimiento+
Servicios de rehabilitación/habilitación	0 % por visita+
Asesoramiento individual sobre educación para la salud cubierto	Sin cargo
Programas de educación para la salud cubiertos	Sin cargo

Nota: No hay costos compartidos para el aborto y los servicios relacionados con el aborto.

Servicios de hospitalización	Su costo compartido
Estadía como paciente hospitalizado (tarifa del centro)	0 % de coseguro por admisión+
Tarifa del médico/cirujano por cirugía Incluida en la estadía como paciente hospitalizado (tarifa del centro)+	

Cobertura médica de emergencia Su costo compartido	Su costo compartido
Tarifa del centro de la sala de emergencias	0 % 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	Su costo compartido
Servicios de ambulancia	0 % de coseguro por viaje+

Cobertura de medicamentos recetados Su costo compartido	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	0 % de coseguro por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 2 En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedido por correo	0 % de coseguro por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 3 En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedido por correo	0 % de coseguro por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 4 En una farmacia del plan	0 % de coseguro por un suministro de hasta 30 días+



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2024: Cobertura mínima HMO

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 por hospitalización psiquiátrica de MH	0 % de coseguro por admisión+
Tarifa del médico psiquiátrico/cirujano de MH	0 % de coseguro por admisión+
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 para crisis de MH	0 % de coseguro por admisión+
Pacientes ambulatorios:	
Visitas al consultorio de MH	0 % de coseguro por visita*
Monitoreo de terapia farmacológica de MH	0 % de coseguro por visita*
Tratamiento individual y grupal de MH	0 % de coseguro por visita*
Evaluación individual y grupal de MH	0 % de coseguro por visita*
Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:	
Análisis conductual aplicado y tratamiento de salud conductual	0 % de coseguro por visita+
Tratamiento multidisciplinario de MH en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	0 % de coseguro por visita+
Pruebas neuropsicológicas	0 % de coseguro por visita+
Hospitalización parcial de MH	0 % de coseguro por visita+
Pruebas psicológicas de MH	0 % de coseguro 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.



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2024: Cobertura mínima HMO

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

Pacientes hospitalizados:

Tarifa de hospitalización por dependencia de sustancias químicas	0 % de coseguro por admisión+
Tarifa del médico/cirujano por dependencia de sustancias químicas	0 % de coseguro por admisión+
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	0 % de coseguro por admisión+

Pacientes ambulatorios:

Visitas al consultorio por dependencia de sustancias químicas	0 % de coseguro por visita*
Evaluación individual y grupal de dependencia de sustancias químicas	0 % de coseguro por visita*
Asesoramiento individual y grupal para la dependencia de sustancias químicas	0 % de coseguro por visita*
Mantenimiento con metadona	0 % de coseguro por visita*

Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:

Programas intensivos para pacientes ambulatorios por dependencia de sustancias químicas	0 % de coseguro por visita+
Programas de tratamiento diurno para la dependencia de sustancias químicas	0 % de coseguro 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	0 % de coseguro+
---	------------------

Servicios médicos en el hogar Su costo compartido

Atención de la salud en el hogar (hasta 100 visitas por año del plan)	0 % de coseguro 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 del plan	Sin cargo
Lentes de contacto estándares por año del plan	Sin cargo
Lentes para anteojos regulares por año del plan	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)	0 % de coseguro+
--	------------------

Cuidados paliativos	0 % de coseguro+
---------------------	------------------

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:

+Se aplica el deducible

*Se aplica el deducible después de las primeras tres visitas no preventivas. No se aplica el deducible para las primeras tres consultas de carácter no preventivo combinadas, que pueden incluir visitas al consultorio (médico de atención primaria y otro), consultas por atención de urgencia o consultas por trastornos de salud mental/consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.

** 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.

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 al final:

- 1) Todos los pagos de costos compartidos por servicios cubiertos dentro de la red se aplican al máximo de gastos de bolsillo. 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 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 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 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 2024 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) Cuando se indique, se exime 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 2024 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) 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 disorders, 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 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, podólogos, 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 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 Act or federal Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2024: Cobertura mínima HMO

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.
	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.
	2) Medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, eficacia y costo del medicamento.
	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 Medicamentos (FDA) o el fabricante del medicamento requieren que se distribuyan a través de farmacias especializadas;
	2) Medicamentos que requieren que el inscrito tenga capacitación especial o control clínico.
	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.

- Algunos medicamentos pueden estar sujetos a un costo compartido cero según las normas de los servicios preventivos.

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.

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.

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.

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



Matriz del programa de beneficios y cobertura de 2024: Cobertura mínima HMO

- 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.
- 29) Para las hospitalizaciones, si el centro no factura la tarifa del centro y la tarifa del médico/cirujano por separado, un emisor puede aplicar los requisitos de costos compartidos para el costo del centro a la totalidad del cargo.
- 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.
- 31) El desembolso máximo en el plan HDHP Bronze no excederá el límite máximo de desembolso especificado por el IRS en su procedimiento de ingresos para el año calendario 2024 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.

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 conocer los costos compartidos adicionales, consulte el Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Para obtener una explicación completa de los beneficios, consulte la sección "Limitaciones y exclusiones" en su evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC).