



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

Período de acumulación

El Período de acumulación para este plan comienza el 01/ene/21 y finaliza el 31/dic/21 (año calendario).

Desembolso máximo por año calendario

No pagará otros costos compartidos durante un año calendario si los copagos y coseguros que paga se agregan a uno de los siguientes montos:

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

Deducible del plan

Debe alcanzar el deducible de su plan antes de que pueda regir el costo compartido (excepto en relación con aquellos servicios "sin cargo"):

Deducible médico	Ninguno
Deducible de 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	\$35 por visita
La mayoría de las visitas de atención especializada para consultas, evaluaciones y tratamiento	\$65 por visita
Visitas al consultorio de otro médico*	\$35 por visita
Exámenes de mantenimiento físico de rutina, incluidos los exámenes de la mujer sana	Sin cargo
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses)	Sin cargo
Asesoramiento y consultas para 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 de audición	Sin cargo
La mayoría de las consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$35 por visita
Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención de urgencia	\$35 por visita

Nota:

1. La atención de urgencia incluye los servicios de salud mental/conductual y de intervención por crisis de dependencia química (trastorno por abuso de sustancias).
2. Los servicios de telesalud son beneficios cubiertos. Su costo compartido por servicios de telesalud no podrá exceder el cargo de costo compartido para el mismo servicio entregado en persona.

Servicios para pacientes ambulatorios

Su costo compartido

Tarifa del centro de atención para cirugía ambulatoria	\$300 por procedimiento
Tarifa de cirujano/médico para paciente ambulatorio	\$40 por visita
Visita como paciente ambulatorio**	20% del coseguro por visita
La mayoría de las vacunaciones (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	\$75 por encuentro
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$40 por encuentro
Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de las tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$150 por procedimiento
Servicios de habilitación/rehabilitación	\$35 por visita
Asesoramiento cubierto sobre educación de salud individual	Sin cargo
Programas cubiertos sobre educación de salud	Sin cargo



Servicios de hospitalización	Su costo compartido
Estadía en el hospital (tarifa del establecimiento)	\$600 por día hasta 5 días por admisión***
Tarifa de médico/cirujano por cirugía	Sin cargo

Cobertura de salud de emergencia	Su costo compartido
Tarifa del establecimiento por sala de emergencias	\$350 por visita
Tarifa del médico de la sala de emergencias	Sin cargo

Nota: Las tarifas por atención en la sala de emergencias no rigen si la persona es admitida al hospital directamente como paciente hospitalizado por servicios cubiertos.

Servicios de ambulancia	Su costo compartido
Servicios de ambulancia	\$250 por viaje

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

Artículos para pacientes ambulatorios cubiertos de acuerdo con nuestras pautas incluidas en la lista de medicamentos:

Nivel 1	En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedidos por correo	\$15 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 2	En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedidos por correo	\$55 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 3	En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedidos por correo	\$80 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 4	Artículos en una farmacia del plan	20% del coseguro hasta \$250 por receta por un suministro de hasta 30 días

Niveles de medicamentos	Categorías
1	<ul style="list-style-type: none"> •La mayoría de los medicamentos genéricos y •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; •Los medicamentos recomendados por el Comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento o que, •Por lo general, tienen una alternativa terapéutica preferida y, con frecuencia, menos costosa en un nivel inferior.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos biológicos o aquellos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o el fabricante del medicamento restrinjan su distribución a farmacias de especialidad; • Medicamentos que requieren que el afiliado tenga una capacitación especial o supervisión clínica; • Medicamentos que cuestan al plan de salud (libre de rebajas) más de seiscientos dólares (\$600) libres de rebajas por un suministro de un mes.

Servicios de salud mental	Su costo compartido
---------------------------	---------------------

Pacientes hospitalizados:

Tarifa de hospitalización psiquiátrica de salud mental	\$600 por día hasta 5 días por admisión***
Tarifa de médico/cirujano psiquiátrico de salud mental	Sin cargo
Observación psiquiátrica de salud mental	Incluida en la tarifa de hospitalización psiquiátrica
Prueba psicológica de salud mental	Incluida en la tarifa de hospitalización psiquiátrica
Tratamiento individual y grupal de salud mental	Incluido en la tarifa de hospitalización psiquiátrica
Evaluación individual y grupal de salud mental	Incluida en la tarifa de hospitalización psiquiátrica



Programa residencial de crisis de salud mental \$600 por día hasta 5 días por admisión***

Paciente ambulatorio:

Visitas al consultorio de salud mental \$35 por visita
 Terapia de seguimiento de medicamentos de salud mental \$35 por visita
 Tratamiento individual y grupal de salud mental \$35 por visita
 Evaluación individual y grupal de salud mental \$35 por visita

Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:

Análisis conductual aplicado y tratamiento de salud conductual \$35 por visita
 Tratamiento multidisciplinario de salud mental en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios \$35 por visita
 Análisis neuropsicológico \$35 por visita
 Hospitalización parcial de salud mental \$35 por visita
 Prueba psicológica de salud mental \$35 por visita

Nota: Los servicios de telesalud son beneficios cubiertos. Su costo compartido por servicios de telesalud no podrá exceder el cargo de costo compartido para el mismo servicio entregado en persona.

Servicios de dependencia química (trastorno por abuso de sustancias) Su costo compartido**Pacientes hospitalizados:**

Tarifa de hospitalización psiquiátrica de salud mental \$600 por día hasta 5 días por admisión***
 Tarifa de médico/cirujano por dependencia química Sin cargo
 Desintoxicación como paciente hospitalizado Incluida en la tarifa de hospitalización
 Tratamiento individual y grupal Incluido en la tarifa de hospitalización
 Asesoramiento individual y grupal por dependencia química Incluido en la tarifa de hospitalización
 Evaluación individual y grupal Incluida en la tarifa de hospitalización
 Servicios transicionales de recuperación en el hogar \$600 por día hasta 5 días por admisión***

Paciente ambulatorio:

Visitas al consultorio por dependencia química \$35 por visita
 Evaluación individual y grupal por dependencia química \$35 por visita
 Asesoramiento individual y grupal por dependencia química \$35 por visita
 Mantenimiento con metadona \$35 por visita

Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:

Programas intensivos para pacientes ambulatorios por dependencia química \$35 por visita
 Programas diurnos para el tratamiento de la dependencia química \$35 por visita

Nota: Los servicios de telesalud son beneficios cubiertos. Su costo compartido por servicios de telesalud no podrá exceder el cargo de costo compartido para el mismo servicio entregado en persona.

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

Artículos de DME que son beneficios de salud esenciales 20% del coseguro

Servicios médicos domiciliarios Su costo compartido

Atención médica domiciliaria (hasta 100 visitas por año calendario) \$30 por visita

Otros Su costo compartido

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

Monturas para anteojos, de estilos seleccionados, por año calendario Sin cargo
 Lentes de contacto estándar por año calendario Sin cargo
 Cristales regulares para anteojos por año calendario Sin cargo



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

Atención en establecimiento de enfermería especializada

(hasta 100 días por período de beneficios)

\$300 por día hasta 5 días por admisión***

Atención para enfermos terminales

Sin cargo

Servicios dentales

Para obtener el costo compartido asociado, como por ejemplo para un examen bucal, una limpieza preventiva, servicios de ortodoncia médicamente necesarios, etc., consulte el listado de beneficios de Liberty Dental con los montos de costo correspondientes.

Notas:

* Las visitas al consultorio de otro médico incluyen las visitas que no sean con el médico de atención primaria o con los médicos especialistas.

** La visita de pacientes ambulatorios incluye, entre otros, los siguientes tipos de visitas para pacientes ambulatorios: quimioterapia para paciente ambulatorio, radiación para paciente ambulatorio, terapia de infusión para paciente ambulatorio, diálisis para paciente ambulatorio y servicios ambulatorios similares.

*** Las estadías no tienen costo compartido adicional después de los primeros 5 días de una estadía continua.

Este es un resumen de las dudas relacionadas con los beneficios sobre los que se pregunta con más frecuencia. Este cuadro no explica beneficios, costos compartidos, desembolsos máximos, exclusiones ni limitaciones, ni tampoco enumera todos los beneficios y montos de 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 Evidencia de cobertura (EOC).