

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.

<b>Período de acumulación</b>	
El Período de acumulación para este plan comienza el 01/ene/21 y finaliza el 31/dic/21 (año calendario).	
<b>Desembolso máximo por año calendario</b>	
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)	\$8,550 por año calendario
Para una familia completa de dos o más miembros	\$17,100 por año calendario
<b>Deducible del plan</b>	
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 o de farmacia integrado	\$8,500 por persona o \$17,100 por familia
<b>Máximo de por vida</b>	<b>Ninguno</b>

<b>Servicios profesionales (visitas al consultorio del proveedor del plan)</b>	<b>Su costo compartido</b>
La mayoría de las visitas de atención primaria para evaluaciones y tratamiento	0% del coseguro por visita*
La mayoría de las visitas de atención especializada para consultas, evaluaciones y tratamiento	0% del coseguro por visita+
Visitas al consultorio de otro médico**	0% del coseguro 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	0% del coseguro por visita*
Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención de urgencia	0% del coseguro 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.

<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	<b>Su costo compartido</b>
Tarifa del centro de atención para cirugía ambulatoria	0% del coseguro por procedimiento+
Tarifa de médico/cirujano para paciente ambulatorio	0% del coseguro por visita+
Visita como paciente ambulatorio***	0% del coseguro por visita+
La mayoría de las vacunaciones (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	0% del coseguro por encuentro+
La mayoría de las pruebas de laboratorio	0% por encuentro+
Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de las tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	0% del coseguro por procedimiento+

Servicios de habilitación/rehabilitación	0% por visita+
Asesoramiento cubierto sobre educación de salud individual	Sin cargo
Programas cubiertos sobre educación de salud	Sin cargo
<b>Servicios de hospitalización</b>	<b>Su costo compartido</b>
Estadía en el hospital (tarifa del establecimiento)	0% del coseguro por admisión+
Tarifa de médico/cirujano por cirugía	Incluido en la estadía como paciente hospitalizado (tarifa de establecimiento)+

**Cobertura de salud de emergencia Su costo compartido**

Tarifa del establecimiento por sala de emergencias	0% 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	0% del coseguro 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	0% del coseguro por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 2	En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedidos por correo	0% del coseguro por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 3	En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedidos por correo	0% del coseguro por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 4	Artículos en una farmacia del plan	0% del coseguro por un suministro de hasta 30 días+

Niveles de medicamentos	Categorías
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La mayoría de los medicamentos genéricos y</li> <li>•Marcas preferidas de bajo costo</li> </ul>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Medicamentos genéricos no preferidos;</li> <li>•Medicamentos de marca preferidos y</li> <li>•Cualquier otro medicamento recomendado por el Comité de Productos Farmacéuticos y Terapéuticos (Pharmaceutical and Therapeutics, P&amp;T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.</li> </ul>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Medicamentos de marca no preferidos o;</li> <li>•Los medicamentos recomendados por el Comité de P&amp;T en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento o que,</li> <li>•Por lo general, tienen una alternativa terapéutica preferida y, con frecuencia, menos costosa en un nivel inferior.</li> </ul>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• Medicamentos que requieren que el afiliado tenga una capacitación especial o supervisión clínica;</li> <li>• Medicamentos que cuestan al plan de salud (libre de rebajas) más de seiscientos dólares (\$600) libres de rebajas por un suministro de un mes.</li> </ul>

**Servicios de salud mental Su costo compartido**

**Pacientes hospitalizados:**

Tarifa de hospitalización psiquiátrica de salud mental	0% del coseguro por admisión+
Tarifa de médico/cirujano psiquiátrico de salud mental	0% del coseguro por admisión+
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	0% del coseguro por admisión+
<b>Paciente ambulatorio:</b>	
Visitas al consultorio de salud mental	0% del coseguro por visita*
Terapia de seguimiento de medicamentos de salud mental	0% del coseguro por visita*
Tratamiento individual y grupal de salud mental	0% del coseguro por visita*
Evaluación individual y grupal de salud mental	0% del coseguro por visita*
<b>Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:</b>	
Análisis conductual aplicado y tratamiento de salud conductual	0% del coseguro por visita+
Tratamiento multidisciplinario de salud mental en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	0% del coseguro por visita+
Análisis neuropsicológico	0% del coseguro por visita+
Hospitalización parcial de salud mental	0% del coseguro por visita+
Prueba psicológica de salud mental	0% del coseguro 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.	
<b>Servicios de dependencia química (trastorno por abuso de sustancias) Su costo compartido</b>	
<b>Pacientes hospitalizados:</b>	
Tarifa de hospitalización por dependencia química	0% del coseguro por admisión+
Tarifa de cirujano/médico por dependencia química	0% del coseguro por admisión+
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	0% del coseguro por admisión+
<b>Paciente ambulatorio:</b>	
Visitas al consultorio por dependencia química	0% del coseguro por visita*
Evaluación individual y grupal por dependencia química	0% del coseguro por visita*
Asesoramiento individual y grupal por dependencia química	0% del coseguro por visita*
Mantenimiento con metadona	0% del coseguro por visita*
<b>Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:</b>	
Programas intensivos para pacientes ambulatorios por dependencia química	0% del coseguro por visita+
Programas diurnos para el tratamiento de la dependencia química	0% del coseguro 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.	
<b>Equipo médico durable (Durable Medical Equipment, DME) Su costo compartido</b>	
Artículos de DME que son beneficios de salud esenciales	0% del coseguro+
<b>Servicios médicos domiciliarios Su costo compartido</b>	
Atención médica domiciliaria (hasta 100 visitas por año calendario)	0% del coseguro por visita+
<b>Otros Su costo compartido</b>	
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) 0% del coseguro+Atención para

enfermos terminales 0% del coseguro+

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:**

+Se aplica el deducible

\*Se aplica el deducible después de las primeras 3 visitas no preventivas. El deducible está exento para las tres primeras visitas no preventivas combinadas, en las que pueden incluirse las visitas al consultorio (de atención primaria, de otro médico y de un especialista), las visitas por atención de urgencia, o las visitas de pacientes ambulatorios por salud mental/trastorno por abuso de sustancias).

\*\* 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.

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).