



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)	\$1,000 por año calendario
Para una familia completa de dos o más miembros	\$2,000 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	\$75 por persona o \$150 por familia
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	\$5 por visita
La mayoría de las visitas de atención especializada para consultas, evaluaciones y tratamiento	\$8 por visita
Visitas al consultorio de otro médico*	\$5 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	\$5 por visita
Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención de urgencia	\$5 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	10% del coseguro por procedimiento
Tarifa de médico/cirujano para paciente ambulatorio	10% del coseguro por visita
Visita como paciente ambulatorio**	10% del coseguro por visita
La mayoría de las vacunaciones (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	\$8 por encuentro
La mayoría de las pruebas de laboratorio	\$8 por encuentro
Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de las tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	\$50 por procedimiento
Servicios de habilitación/rehabilitación	\$5 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)	10% del coseguro por admisión+
Tarifa de médico/cirujano por cirugía	10% del coseguro por admisión+

Cobertura de salud de emergencia	Su costo compartido
Tarifa del establecimiento por sala de emergencias	\$50 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	\$30 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 \$3 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 2	En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedidos por correo \$10 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 3	En una farmacia del plan o nuestro servicio de pedidos por correo \$15 por un suministro de hasta 30 días
Nivel 4	Artículos en una farmacia del plan Coseguro del 10 % hasta \$150 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	10% del coseguro por admisión+
Tarifa de médico/cirujano psiquiátrico de salud mental	10% 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	10% del coseguro por admisión+

Paciente ambulatorio:

Visitas al consultorio de salud mental	\$5 por visita
Terapia de seguimiento de medicamentos de salud mental	\$5 por visita
Tratamiento individual y grupal de salud mental	\$5 por visita
Evaluación individual y grupal de salud mental	\$5 por visita

Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:

Análisis conductual aplicado y tratamiento de salud conductual	Sin cargo
Tratamiento multidisciplinario de salud mental en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	Sin cargo
Análisis neuropsicológico	Sin cargo
Hospitalización parcial de salud mental	Sin cargo
Prueba psicológica de salud mental	Sin cargo

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 por dependencia química	10% del coseguro por admisión+
Tarifa de cirujano/médico de dependencia química	10% 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	10% del coseguro por admisión+

Paciente ambulatorio:

Visitas al consultorio por dependencia química	\$5 por visita
Evaluación individual y grupal por dependencia química	\$5 por visita
Asesoramiento individual y grupal por dependencia química	\$5 por visita
Mantenimiento con metadona	\$5 por visita

Pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:

Programas intensivos para pacientes ambulatorios por dependencia química	Sin cargo
Programas diurnos para el tratamiento de la dependencia química	Sin cargo

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	10% del coseguro
---	------------------

Servicios médicos domiciliarios Su costo compartido

Atención médica domiciliaria (hasta 100 visitas por año calendario)	\$3 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)

10% del coseguro+

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:

+ Se aplica el deducible

* 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).