



Tabla de beneficios y matriz de cobertura para 2022: **Bronze 60 HMO AI-AN**

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

Período de acumulación

El período de acumulación para este plan es del 01/01/22 al 12/31/22 (año calendario).

Máximo de gastos de bolsillo por año calendario

No pagará más costos compartidos durante un año calendario si los copagos y el coseguro que paga se suman y alcanzan una de las siguientes cantidades:

Para inscripción de un solo miembro (una familia de un 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 se apliquen sus costos compartidos (excepto aquellos servicios que son “sin cargo”):

Deducible médico	\$6,300 por persona o \$12,600 por familia
Deducible de farmacia	\$500 por persona o \$1,000 por familia

Máximo de por vida

Ninguno

Servicios profesionales (Visitas al consultorio de un proveedor del plan)

Sus costos compartidos

La mayoría de las visitas de atención primaria para evaluaciones y tratamiento	\$65 por visita*
La mayoría de las visitas de atención de especialistas para consultas, evaluaciones y tratamiento	\$95 por visita*
Visitas al consultorio de otro proveedor de la salud**	\$65 por visita*
Exámenes de mantenimiento físico de rutina, incluidos exámenes para mujeres sanas	Sin cargo
Exámenes preventivos para niños sanos (de hasta 23 meses)	Sin cargo
Consultas y asesoramiento sobre planificación familiar	Sin cargo
Exámenes de atención prenatal programados	Sin cargo
Exámenes de la vista de rutina con un optometrista del plan para miembros menores de 19 años	Sin cargo
Exámenes auditivos	Sin cargo
La mayoría de fisioterapias, terapias ocupacional y terapias del lenguaje	\$65 por visita
Consultas de atención de urgencia, evaluaciones y tratamiento	\$65 por visita*

Nota:

1. La atención de urgencia incluye servicios de intervención ante crisis de salud mental/conductual y farmacodependencia (trastorno por abuso de sustancias).
2. La telesalud es un beneficio cubierto. Sus costos compartidos para los servicios de telesalud no deben exceder los costos compartidos cobrados por los mismos servicios brindados en persona.

Servicios para pacientes ambulatorios

Sus costos compartidos

Tarifa del centro de cirugía ambulatoria	40% de coseguro por procedimiento+
Tarifa del médico/cirujano para pacientes ambulatorios	40% de coseguro por visita+
Visita ambulatoria***	40% de coseguro por visita+
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de radiografías	40% de coseguro por consulta+
La mayoría de análisis de laboratorio	\$40 por consulta
Imágenes por resonancia magnética, la mayoría de tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones	40% de coseguro por procedimiento+
Servicios de habilitación/rehabilitación	\$65 por visita
Asesoramiento cubierto individual sobre educación para la salud	Sin cargo
Programas cubiertos sobre educación para la salud	Sin cargo



Tabla de beneficios y matriz de cobertura para 2022: **Bronze 60 HMO AI-AN**

Servicios de hospitalización	Sus costos compartidos
------------------------------	------------------------

Estadía hospitalaria (tarifa del centro)	40% de coseguro por admisión+
Tarifa del médico/cirujano por cirugía	40% de coseguro por admisión+

Cobertura de salud ante emergencias	Sus costos compartidos
-------------------------------------	------------------------

Tarifa del centro por visita a la sala de emergencias	40% por visita+
Tarifa del médico por visita a la sala de emergencias	Sin cargo

Nota: Las tarifas por visita a la sala de emergencias no se aplican si usted es admitido directamente en el hospital como paciente hospitalizado para recibir servicios cubiertos.

Servicios de ambulancia	Sus costos compartidos
-------------------------	------------------------

Servicios de ambulancia	40% de coseguro por viaje+
-------------------------	----------------------------

Cobertura de medicamentos con receta médica	Sus costos compartidos
---	------------------------

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

Nivel 1	En una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedido por correo	\$18 por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 2	En una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedido por correo	40% de coseguro hasta \$500 por receta médica por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 3	En una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedido por correo	40% de coseguro hasta \$500 por receta médica por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 4	Artículos en una farmacia del plan	40% de coseguro hasta \$500 por receta médica 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 farmacéutico y terapéutico (pharmaceutical and therapeutics, P&T) según 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 P&T según la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento; o Generalmente, tienen una alternativa preferida y, a menudo, menos costosa en un nivel inferior.
4	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos que son productos biológicos y medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o su fabricante exigen que sean distribuidos a través de farmacias de especialidad; Medicamentos que requieren que la persona inscrita tenga una capacitación especial o que exigen monitoreo clínico; Medicamentos que le cuestan al plan de salud (neto de descuentos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de descuentos por un suministro para un mes.

Nota: Los costos compartidos del miembro serán aquellos que sean menores entre el precio por venta minorista de la farmacia para un medicamento con receta médica y la cantidad correspondiente de costo compartido para el medicamento, y dichos gastos se acumularán al deducible y al límite máximo de gastos de bolsillo.



Servicios de salud mental/conductual (MH)	Sus costos compartidos
Para pacientes hospitalizados:	
Tarifa por hospitalización psiquiátrica de MH	40% de coseguro por admisión+
Tarifa del médico psiquiátrico/cirujano de MH	40% de coseguro por admisión+
Observación psiquiátrica de MH	Incluidos en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Exámenes psicológicos de MH	Incluidos en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Tratamiento individual y grupal de MH	Incluidos en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Evaluación individual y grupal de MH	Incluidos en la tarifa por hospitalización psiquiátrica
Programa residencial para situaciones de crisis de MH	40% de coseguro por admisión+
Para pacientes ambulatorios:	
Visitas al consultorio de MH	\$65 por visita*
Control de la terapia con medicamentos de MH	\$65 por visita*
Tratamiento individual y grupal de MH	\$65 por visita*
Evaluación individual y grupal de MH	\$65 por visita*
Para pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:	
Análisis conductual aplicado y tratamiento de salud conductual	\$65 por visita+
Tratamiento multidisciplinario de MH en un programa intensivo de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios	\$65 por visita+
Exámenes neuropsicológicos	\$65 por visita+
Hospitalización parcial de MH	\$65 por visita+
Exámenes psicológicos de MH	\$65 por visita+

Nota: La telesalud es un beneficio cubierto. Sus costos compartidos para los servicios de telesalud no deben exceder los costos compartidos cobrados por los mismos servicios brindados en persona.

Servicios para farmacodependencia (Trastorno por abuso de sustancias)	Sus costos compartidos
Para pacientes hospitalizados:	
Tarifa por hospitalización para farmacodependencia	40% de coseguro por admisión+
Tarifa del médico/cirujano para farmacodependencia	40% de coseguro por admisión+
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	Incluidos en la tarifa por hospitalización
Tratamiento individual y grupal	Incluidos en la tarifa por hospitalización
Asesoramiento individual y grupal sobre farmacodependencia	Incluidos en la tarifa por hospitalización
Evaluación individual y grupal	Incluidos en la tarifa por hospitalización
Servicios de recuperación residencial de transición	40% de coseguro por admisión+
Para pacientes ambulatorios:	
Visitas al consultorio para farmacodependencia	\$65 por visita*
Evaluación individual y grupal para farmacodependencia	\$65 por visita*
Asesoramiento individual y grupal para farmacodependencia	\$65 por visita*
Mantenimiento con metadona	\$65 por visita*
Para pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:	
Programas intensivos de farmacodependencia para pacientes ambulatorios	\$65 por visita+
Programas de tratamiento diurno para farmacodependencia	\$65 por visita+

Nota: La telesalud es un beneficio cubierto. Sus costos compartidos para los servicios de telesalud no deben exceder los costos compartidos cobrados por los mismos servicios brindados en persona.



Tabla de beneficios y matriz de cobertura para 2022: **Bronze 60 HMO AI-AN**

Equipo médico duradero (DME)	Sus costos compartidos
DME que son beneficios de salud esenciales	40% de coseguro+
Servicios de salud en el hogar	Sus costos compartidos
Atención médica en el hogar (hasta 100 visitas por año calendario)	40% de coseguro por visita+
Otro	Sus costos compartidos
Anteojos o lentes de contacto para miembros menores de 19 años:	
Marcos de anteojos de estilos seleccionados por año calendario	Sin cargo
Lentes de contacto estándares por año calendario	Sin cargo
Lentes de anteojos regulares por año calendario	Sin cargo
Nota: Cobertura limitada a un par de anteojos por año (lentes de contacto en lugar de anteojos).	
Atención en un centro de enfermería especializado (hasta 100 días por período de beneficios)	40% de coseguro+
Atención en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo
Servicios dentales	
Para conocer los costos compartidos asociados para exámenes bucales, limpiezas preventivas, ortodoncia necesaria por motivos médicos, etc., consulte el cuadro de beneficios de Liberty Dentals con las cantidades de costos correspondientes.	

Notas:

† Se aplica el deducible.

*El deducible se aplica después de las primeras tres visitas no preventivas. No se aplica el deducible para las primeras tres visitas no preventivas combinadas, lo que puede incluir visitas al consultorio (médico de atención primaria, otro proveedor de la salud y especialista), visitas de atención de urgencia o visitas por trastorno de consumo de sustancias/salud mental de pacientes ambulatorios.

** Las visitas al consultorio con otro proveedor de la salud incluyen visitas que no sean a un médico de atención primaria o a un médico especialista.

*** Las visitas ambulatorias incluyen, entre otros, los siguientes tipos: quimioterapia ambulatoria, radioterapia ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria, diálisis ambulatoria y servicios para pacientes ambulatorios similares.

Un nativo de Alaska o indígena estadounidense inscrito en Covered California "que recibe un artículo o servicio directamente de parte del Servicio de Salud Indígena, una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana o a través de una derivación según los servicios de salud por contrato".

Este es un resumen de los beneficios sobre los que se hacen preguntas con mayor frecuencia. Este cuadro no explica los beneficios, los costos compartidos, los máximos de gastos de bolsillo, las exclusiones ni las limitaciones, ni tampoco enumera todos los beneficios ni las cantidades de los 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 EOC.