



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	\$3,700 por persona o \$7,400 por familia
Deducible de farmacia	\$10 por persona o \$20 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	\$35 por visita
La mayoría de las visitas de atención de especialistas para consultas, evaluaciones y tratamiento	\$70 por visita
Visitas al consultorio de otro proveedor de la salud*	\$35 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 mayor parte de la fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje	\$35 por visita
Consultas de atención de urgencia, evaluaciones y tratamiento	\$35 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	20% de coseguro por procedimiento
Tarifa del médico/cirujano para pacientes ambulatorios	20% de coseguro por visita
Visita ambulatoria**	20% de coseguro por visita
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías	\$85 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	\$325 por procedimiento

**Tabla de beneficios y matriz de cobertura para 2022:****Silver 70 HMO**

Servicios de habilitación/rehabilitación	\$35 por visita
Asesoramiento cubierto individual sobre educación para la salud	Sin cargo
Programas cubiertos sobre educación para la salud	Sin cargo
Servicios de hospitalización	Sus costos compartidos
Estadía hospitalaria (tarifa del centro)	20% de coseguro por admisión+
Tarifa del médico/cirujano por cirugía	20% de coseguro por admisión
Cobertura de salud ante emergencias	Sus costos compartidos
Tarifa del centro por visita a la sala de emergencias	\$400 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	\$250 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	\$15 por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 2 En una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedido por correo	\$55 por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 3 En una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedido por correo	\$85 por un suministro de hasta 30 días+
Nivel 4 Artículos en una farmacia del plan	20% de coseguro por hasta \$250 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 MH	20% de coseguro por admisión+
Tarifa del médico psiquiátrico/cirujano MH	20% 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 MH	20% de coseguro por admisión+
Para pacientes ambulatorios:	
Visitas al consultorio MH	\$35 por visita
Control de la terapia con medicamentos MH	\$35 por visita
Tratamiento individual y grupal MH	\$35 por visita
Evaluación individual y grupal MH	\$35 por visita
Para pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:	
Análisis conductual aplicado y tratamiento de salud conductual	Sin cargo
Tratamiento multidisciplinario de MH en un programa intensivo de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios	Sin cargo
Pruebas neuropsicológicas	Sin cargo
Hospitalización parcial MH	Sin cargo
Pruebas psicológicas MH	Sin cargo
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 a causa de farmacodependencia	20% de coseguro por admisión+
Tarifa del médico/cirujano a causa de farmacodependencia	20% 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	20% de coseguro por admisión+
Para pacientes ambulatorios:	
Visitas al consultorio a causa de farmacodependencia	\$35 por visita
Evaluación individual y grupal por farmacodependencia	\$35 por visita
Asesoramiento individual y grupal por farmacodependencia	\$35 por visita
Mantenimiento con metadona	\$35 por visita
Para pacientes ambulatorios, otros artículos y servicios:	
Programas intensivos para pacientes ambulatorios a causa de farmacodependencia	Sin cargo
Programas de tratamiento diurno a causa de farmacodependencia	Sin cargo
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.	



Equipo médico duradero (DME)	Sus costos compartidos
DME que son beneficios de salud esenciales	20% de coseguro
Servicios de salud en el hogar	Sus costos compartidos
Atención médica en el hogar (hasta 100 visitas por año calendario)	\$45 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)	20% 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.
- * Las visitas al consultorio de 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.

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.