

Enhanced Plan

Core Plan

Gastos de costos compartidos

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Deducible - Individual	\$0	No está cubierto		\$250	No está cubierto	
Deducible - Familiar	\$0	No está cubierto		\$750	No está cubierto	
Coseguro	0%	No está cubierto		20%	No está cubierto	
Máximo anual de gastos de bolsillo - Individual	\$6,350	No está cubierto		\$6,350	No está cubierto	
Máximo anual de gastos de bolsillo - Familiar	\$12,700	No está cubierto		\$12,700	No está cubierto	

Costos compartidos por visitas en el consultorio

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Costo compartido - Atención médica primaria	\$15 de copago	No está cubierto		\$20 de copago	No está cubierto	
Costo compartido - Especialista	\$15 de copago	No está cubierto		\$40 de copago	No está cubierto	

Límites del plan

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Año calendario/del plan	Beneficios del año calendario			Beneficios del año calendario		
Autorización previa y terapia escalonada para diabéticos	No			No		

Quién está cubierto

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Cobertura de pareja de hecho	No está cubierto			No está cubierto		

Enhanced Plan

Core Plan

Centro para pacientes hospitalizados

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Servicios para pacientes hospitalizados	Totalmente cubierto	No está cubierto		20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Atención de salud mental	Totalmente cubierto	No está cubierto		20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Desintoxicación por consumo de sustancias	Totalmente cubierto	No está cubierto		20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Centro de enfermería especializada	Totalmente cubierto	No está cubierto	120 días al año	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	120 días al año
Rehabilitación física	Totalmente cubierto	No está cubierto	60 días al año	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	60 días al año
Atención de maternidad	Totalmente cubierto	No está cubierto		20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	

Servicios profesionales para pacientes hospitalizados

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Cirugía en el hospital para pacientes hospitalizados	Proveedor de atención primaria (Primary care provider, PCP) /especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Anestesia	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - 20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	

Servicios del centro para pacientes ambulatorios

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Atención quirúrgica en Centros quirúrgicos y Centros ambulatorios independientes	\$15 de copago	No está cubierto		20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Radiografía diagnóstica	\$15 de copago	No está cubierto		\$40 de copago	No está cubierto	
Laboratorio de diagnóstico y patología	Totalmente cubierto	No está cubierto		\$20 de copago	No está cubierto	
Radioterapia	Totalmente cubierto	No está cubierto		\$40 de copago	No está cubierto	
Quimioterapia	Totalmente cubierto	No está cubierto		\$40 de copago	No está cubierto	

Enhanced Plan

Core Plan

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Medicamentos para quimioterapia						
Terapia de infusión para pacientes ambulatorios	Incluye servicios de atención primaria	No está cubierto		Incluye servicio de atención primaria	No está cubierto	
Diálisis	Totalmente cubierto	No está cubierto		20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Atención de salud mental	\$15 de copago	No está cubierto		\$40 de copago	No está cubierto	
Tratamiento por consumo de sustancias	\$15 de copago	No está cubierto		\$40 de copago	No está cubierto	

Atención en casa

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Atención en casa	Totalmente cubierto	No está cubierto		\$20 de copago	No está cubierto	40 visitas por año
Terapia de infusión en la casa	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	

Cuidado de hospicio

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Cuidados de hospicio para pacientes hospitalizados	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	

Servicios profesionales

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Cirugía en el consultorio	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		PCP/especialista - 20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Radiografía diagnóstica	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Laboratorio de diagnóstico y patología	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Radioterapia	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	

Enhanced Plan

Core Plan

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Quimioterapia	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Servicios de terapia de infusión	PCP/especialista - Incluye servicios de atención primaria	No está cubierto		PCP/especialista - Incluye servicio de atención primaria	No está cubierto	
Diálisis	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - 20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Atención de salud mental	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Atención de maternidad	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Telesalud	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		Especialista - \$40 de copago PCP - \$20 de copago	No está cubierto	
Programa de telemedicina	PCP/especialista - \$5 de copago \$0 de copago para PCP para miembros de hasta 19 años.	No está cubierto		PCP/especialista - \$5 de copago	No está cubierto	
Atención quiropráctica	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Pruebas de detección de alergias	PCP/especialista - \$15 de copago \$0 de copago para PCP para miembros de hasta 19 años.	No está cubierto		PCP/especialista - \$20 de copago \$0 de copago para PCP para miembros de hasta 19 años.	No está cubierto	
Tratamiento para alergias, incluido el suero	PCP/especialista - \$15 de copago \$0 de copago para PCP para miembros de hasta 19 años.	No está cubierto		PCP/especialista - \$20 de copago \$0 de copago para PCP para miembros de hasta 19 años.	No está cubierto	
Evaluaciones de rutina de la audición	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Centro para pacientes ambulatorios

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Rehabilitación física	\$15 de copago	No está cubierto	45 visitas por año	\$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año
Rehabilitación ocupacional	\$15 de copago	No está cubierto	45 visitas por año	\$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año
Rehabilitación del habla	\$15 de copago	No está cubierto	45 visitas por año	\$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año

Enhanced Plan

Core Plan

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Rehabilitación física	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto	45 visitas por año	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año
Rehabilitación ocupacional	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto	45 visitas por año	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año
Rehabilitación del habla	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto	45 visitas por año	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año

Servicios preventivos profesionales que cumplen las directrices federales*

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Examen médico para adultos	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	1 examen por año	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	1 examen por año
Vacunas para adultos	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Vacunas y visitas de niño sano	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Consultas de ginecología de rutina	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	1 examen por año	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Atención prenatal y posnatal	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Mamografía por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Colonoscopia por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Densitometría ósea por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	

Enhanced Plan

Core Plan

Servicios preventivos en un centro que cumple las directrices federales*

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Citología cervical preventiva	Totalmente cubierto	No está cubierto	1 examen por año	Totalmente cubierto	No está cubierto	
Mamografía en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	
Colonoscopia en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	
Densitometría ósea en un centro de exámenes médicos	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	

Servicios preventivos además de los que exigen las directrices federales - Profesional

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Examen de detección de cáncer de próstata	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		Especialista - \$40 de copago PCP - \$20 de copago	No está cubierto	
Mamografía por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Colonoscopia por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Densitometría ósea por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto		PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	

Servicios preventivos además de los que exigen las directrices federales - Centro

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Mamografía en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	
Colonoscopia en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	
Densitometría ósea en un centro de exámenes médicos	Totalmente cubierto	No está cubierto		Totalmente cubierto	No está cubierto	

Enhanced Plan

Core Plan

Beneficios adicionales

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Tratamiento de la diabetes - Medicamentos no insulínicos y suministros	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Tratamiento de la diabetes - Insulina	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Equipo para diabéticos	PCP/especialista - \$15 de copago	No está cubierto		PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Equipo médico duradero (DME)	PCP/especialista - 20% de coseguro	No está cubierto		PCP/especialista - 50% de coseguro	No está cubierto	
Suministros médicos	PCP/especialista - 20% de coseguro	No está cubierto		PCP/especialista - 50% de coseguro	No está cubierto	
Acupuntura	PCP/especialista - 50% de coseguro	50% de coseguro Sujeto al deducible	10 visitas por año de contrato	PCP/especialista - 50% de coseguro	50% de coseguro Sujeto al deducible	10 visitas por año de contrato
Enfermería privada	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Diagnósticos

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Reembolso de gastos de viaje y alojamiento	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Centro de emergencias

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Visita a la sala de emergencias en un centro	\$50 de copago	\$50 de copago		\$50 de copago	\$50 de copago	

Transporte

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Emergencia prehospitalaria y transporte - Terrestre o acuático	\$15 de copago	\$15 de copago		\$50 de copago	\$50 de copago	

Enhanced Plan

Core Plan

Atención de urgencia

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Visita a un centro de atención médica de urgencia	\$25 de copago	No está cubierto		\$25 de copago	No está cubierto	

Vista

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Examen pediátrico de la vista - De rutina	\$15 de copago	No está cubierto	1 examen por año	\$20 de copago	No está cubierto	1 examen cada año
Anteojos para niños - de rutina	20% de coseguro	No está cubierto	1 par por año	50% de coseguro	No está cubierto	1 par cada 2 años
Examen de la vista para adultos - De rutina	\$15 de copago	No está cubierto	1 examen por año	\$20 de copago	No está cubierto	1 examen cada año
Anteojos para adultos - De rutina	Cubierto	No está cubierto	\$100 de reembolso por año	Cubierto	No está cubierto	\$60 de reembolso cada 2 años

Plan de medicamentos con receta

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Plan de medicamentos con receta			\$5/\$20/\$35			\$10/\$30/\$50

Beneficios de medicamentos con receta

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites
Días de suministro de pedido de farmacia	90			90		
Días de suministro de pedido por correo	90			90		
Copagos por suministro de pedido por correo	1			1		