

ROCHESTER CITY SCHOOL DISTRICT

Información general

Gastos de costos compartidos

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Deducible - Individual	\$250	No está cubierto	
Deducible - Familiar	\$750	No está cubierto	Cada persona no supera el deducible individual.
Acumulación del deducible - individual y familiar			Cada miembro de la familia está sujeto únicamente al deducible individual y cualquier combinación de miembros de la familia puede satisfacer el deducible familiar siempre que una sola persona no alcance más que el deducible individual. Individual
Coseguro	20%	No está cubierto	
Máximo anual de gastos de bolsillo - Individual	\$6,350	No está cubierto	Los gastos máximos de bolsillo acumulan el coseguro, los copagos y el deducible. Los gastos máximos de bolsillo excluyen los saldos que exceden el gasto permitido y los servicios que no están cubiertos.
Máximo de gastos de bolsillo anual - Familiar	\$12,700	No está cubierto	Los gastos máximos de bolsillo acumulan el coseguro, los copagos y el deducible. Los gastos máximos de bolsillo excluyen los saldos que exceden el gasto permitido y los servicios que no están cubiertos.
Acumulación máxima anual de gastos de bolsillo - Individual y familiar			Cada miembro de la familia está sujeto únicamente al máximo de gastos de bolsillo anual y cualquier combinación de miembros de la familia puede satisfacer el máximo de gastos de bolsillo anual. Individual

Costos compartidos por visitas en el consultorio

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

Límites del plan

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

Quién está cubierto

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

Servicios para pacientes hospitalizados

Centro para pacientes hospitalizados

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Atención de salud mental	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Desintoxicación por consumo de sustancias	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Centro de enfermería especializada	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	120 días al año 360 días de máximo vitalicio.
Rehabilitación física	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	60 días al año
Atención de maternidad	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 e información adicional
Cirugía en el hospital para pacientes hospitalizados	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Anestesia	PCP/especialista - 20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	Incluye anestesia administrada para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, visita al consultorio y servicios de maternidad. La anestesia no requiere una autorización previa ni una orden médica.

Servicios del centro para pacientes ambulatorios

Servicios del centro para pacientes ambulatorios

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Atención quirúrgica en Centros quirúrgicos y Centros ambulatorios independientes	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Radiografía diagnóstica	\$40 de copago	No está cubierto	
Laboratorio de diagnóstico y patología	\$20 de copago	No está cubierto	
Radioterapia	\$40 de copago	No está cubierto	
Quimioterapia	\$40 de copago	No está cubierto	
Medicamentos para quimioterapia			
Terapia de infusión para	Incluye servicio de atención primaria	No está cubierto	Se incluye en el beneficio de atención médica domiciliaria y no está cubierto como un beneficio por separado.
Diálisis	20% de coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Atención de salud mental	\$40 de copago	No está cubierto	Incluye hospitalización parcial Incluye
Atención por consumo de sustancias	\$40 de copago	No está cubierto	hospitalización parcial

Cuidados de hospicio y atención domiciliaria

Atención en casa

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

Cuidado de hospicio

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

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios y en el consultorio

Servicios profesionales

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Cirugía en el consultorio	PCP/especialista - 20% coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Radiografía diagnóstica	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Laboratorio de diagnóstico y patología	PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Radioterapia	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Quimioterapia	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Servicios de terapia de infusión	PCP/especialista - Incluido en el servicio de atención primaria	No está cubierto	Se incluye en el beneficio de atención médica domiciliaria y no está cubierta como un beneficio separado.
Díálisis	PCP/especialista - 20% coseguro Sujeto al deducible	No está cubierto	
Atención de salud mental	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Atención de maternidad	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Telesalud	PCP - \$20 de copago Especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Programa de telemedicina	PCP/especialista - \$5 de copago	No está cubierto	Cubre consultas en línea por Internet entre el miembro y los proveedores que participan en nuestro programa TeleMedicine MDLive para condiciones médicas y de salud conductual que no son de emergencia.
Atención quiropráctica	PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Pruebas de detección de alergias	PCP/especialista - \$20 de copago \$0 de copago para PCP para miembros hasta los 19 años.	No está cubierto	Las pruebas de detección de alergias incluyen inyecciones y pruebas de punción cutánea.
Tratamiento para alergias, incluido el suero	PCP/especialista - \$20 de copago \$0 de copago para PCP para miembros hasta los 19 años.	No está cubierto	Incluye tratamientos de desensibilización (inyecciones y sueros).
Evaluaciones de rutina de la audición	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No cubierto

Rehabilitación y habilitación

Centro para pacientes ambulatorios

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Rehabilitación física	\$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año Incluye el total agregado de visitas para servicios cubiertos de profesionales y en centros para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
Rehabilitación ocupacional	\$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año
Rehabilitación del habla	\$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Rehabilitación física	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año Incluye el total agregado para visitas para servicios cubiertos profesionales y en centros para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
Rehabilitación ocupacional	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año
Rehabilitación del habla	PCP/especialista - \$40 de copago	No está cubierto	45 visitas por año

Servicios preventivos

Servicios preventivos profesionales que cumplen las directrices federales*

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

Servicios preventivos en un centro que cumple las directrices federales*

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Citología cervical preventiva	Totalmente cubierto	No está cubierto	
Mamografía en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto	
Colonoscopia en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto	
Densitometría ósea en un centro de exámenes médicos	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 e información adicional
Examen de detección de cáncer de próstata	PCP - \$20 de copago Especialista - \$40 de copago	No está cubierto	
Mamografía por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Colonoscopia por profesional	PCP/especialista - Totalmente cubierto	No está cubierto	
Densitometría ósea por profesional	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 e información adicional
Mamografía en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto	
Colonoscopia en centro de pruebas de detección	Totalmente cubierto	No está cubierto	
Densitometría ósea en un centro de exámenes médicos	Totalmente cubierto	No está cubierto	

Otros beneficios

Beneficios adicionales

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Tratamiento preventivo de la diabetes	N/C	N/C	
Tratamiento de la diabetes - Medicamentos no insulínicos y suministros	PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	Limitado a un suministro de 90 días para farmacias o un suministro de 90 días para farmacias de pedido por correo.
Tratamiento de la diabetes - Insulina	PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	Se limita a un suministro para 90 días en farmacia minorista o suministro para 90 días en farmacia de pedidos por correo
Equipo para diabéticos	PCP/especialista - \$20 de copago	No está cubierto	
Equipo médico duradero (DME)	PCP/especialista - 50% de coseguro	No está cubierto	
Suministros médicos	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
Enfermería privada	PCP/especialista - No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Diagnósticos

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

Servicios de emergencias

Centro de emergencias

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Visita a la sala de emergencias en un centro	\$50 de copago	\$50 de copago	Es posible que no se aplique la autorización previa a los servicios de atención médica de emergencia. Los servicios de emergencia están cubiertos en todo el mundo si los presta un centro hospitalario.

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Emergencia y transporte prehospitalarios - Terrestre o acuático	\$50 de copago	\$50 de copago	

Atención de urgencia

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

Programas de manejo integral de la salud

Programas de bienestar

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Programa de bienestar			Los miembros pueden ganar hasta \$300 por año del plan en recompensas que se pueden usar para comprar tarjetas de regalo, dispositivos de seguimiento de acondicionamiento físico u otros artículos de salud y bienestar. Las recompensas se obtienen completando actividades de estilo gamificación, incluyendo retos y viajes de salud, tarjetas diarias, seguimiento de hábitos saludables, y se pueden ganar \$50 por completar una Evaluación de riesgos de salud que los motive a centrarse en su salud y bienestar integral. Recompensas de ThriveWell
Monto de recompensa			Recompensas 5 \$300 EE únicamente con \$50 HRA y \$150 Prueba de detección preventiva

Beneficios auxiliares

Vista

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

Beneficios de medicamentos con receta

Plan de medicamentos con receta

Nombre del beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Límites e información adicional
Plan de medicamentos con receta			\$10/\$30/\$50

Beneficios de medicamentos con receta

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

Este documento no es un contrato. Se pretende resaltar la cobertura de este programa. Los beneficios se determinan según los términos del contrato. Las diferencias entre este documento y el contrato se resolverán en favor del contrato vigente en el momento en que se prestan los servicios. Todos los beneficios están sujetos a la necesidad médica. Todos los límites en la cantidad de días y de visitas son límites combinados para beneficios dentro y fuera de la red.

* Para los grupos que no tienen derechos adquiridos, la cobertura de servicios preventivos requeridos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio no se menciona aquí. Consulte la lista de artículos y servicios clasificados "A" o "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), las directrices respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) y la lista de vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) para obtener una lista completa de los servicios que están cubiertos según los requisitos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio.