

tipo de atención/características del plan	Plan Core Cobertura*	Plan Enhanced Cobertura*
<p><b>Características del plan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Médico de atención primaria (PCP)</li> <li>. Derivaciones</li> <li>. Beneficios fuera de la red</li> <li>. Beneficios fuera del área</li> <li>. Cobertura para estudiantes o dependientes</li> </ul> <p><b>Puntos destacados de los costos compartidos del plan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago por visita al consultorio médico (médico de atención primaria)</li> <li>. Copago por visita al consultorio médico (especialista)</li> <li>. Coseguro</li> <li>. Deducible</li> <li>. Máximo en efectivo</li> <li>. Máximo en vida</li> </ul> <p><b>Servicios de atención médica preventiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Controles pediátricos de rutina</li> <li>. Exámenes físicos de rutina para adultos</li> <li>. Vacunas para adultos</li> <li>. Mamografía</li> <li>. Prueba de Papanicolaou</li> <li>. Examen ginecológico de rutina</li> <li>. Control de cáncer de próstata</li> <li>. Examen oftalmológico de rutina</li> <li>. Colonoscopia</li> </ul> <p><b>Servicios en el consultorio médico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Visitas médicas para diagnóstico</li> <li>. Radiografías de diagnóstico</li> <li>. Laboratorio y patología de diagnóstico</li> <li>. Pruebas de alergia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. No es necesario</li> <li>. No es necesario</li> <li>. Sin cobertura</li> <li>. Cobertura en todo el mundo a través del programa BlueCard®.</li> <li>. Los dependientes y los estudiantes calificados tienen cobertura hasta los 26 años de edad.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$20</li> <li>. Copago de \$40</li> <li>. 20%, coseguro máximo: \$750 por persona/\$2,250 por familia</li> <li>. \$250 por persona/\$750 por familia</li> <li>. \$6,350 por persona/\$12,700 por familia</li> <li>. Ninguno</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total para 1 examen por año según las pautas nacionales</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Copago de \$20 por visita con su médico de atención primaria (PCP), copago de \$40 con especialista</li> <li>. Copago de \$20 para un examen oftalmológico rutinario por año. Asignación de \$60 para accesorios para la vista por año.</li> <li>. Preventiva: cobertura total</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$20 por visita con su médico de atención primaria (PCP), copago de \$40 por visita con especialista</li> <li>. Copago de \$40 por visita. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC).</li> <li>. Copago de \$20 por visita</li> <li>. Copago de \$20 por visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. No es necesario</li> <li>. No es necesario</li> <li>. Sin cobertura</li> <li>. Cobertura en todo el mundo a través del programa BlueCard®.</li> <li>. Los dependientes y los estudiantes calificados tienen cobertura hasta los 26 años de edad.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$15</li> <li>. Copago de \$15</li> <li>. Ninguno</li> <li>. Ninguno</li> <li>. \$6,350 por persona/\$12,700 por familia</li> <li>. Ninguno</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total para 1 examen por año según las pautas nacionales</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Copago de \$15</li> <li>. Copago de \$15 por un examen de rutina cada año, asignación anual de \$100 disponible por año para accesorios para la vista</li> <li>. Preventiva: cobertura total</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$15 por visita, \$0 para niños hasta la edad de 19 años para médico de atención primaria (PCP)</li> <li>. Copago de \$15. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC).</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Copago de \$15 por visita</li> </ul>

tipo de atención/características del plan	Plan Core	Plan Enhanced
	Cobertura*	Cobertura*
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Inyecciones antialérgicas</li> <li>. Quimioterapia</li> <li>. Radioterapia</li> <li>. Segunda opinión médica</li> <li>. Visitas pediátricas por enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$20 por visita</li> <li>. Copago de \$40 por visita</li> <li>. Copago de \$40 por visita</li> <li>. Copago de \$40 por visita</li> <li>. Copago de \$20 por visita con su médico de atención primaria (PCP), copago de \$40 con especialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$15 por visita</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Copago de \$15 por visita</li> <li>. \$0 hasta los 19 años de edad</li> </ul>
<p><b>Servicios de maternidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Atención prenatal</li> <li>. Atención hospitalaria para la madre (incluido el parto)</li> <li>. Atención para el recién nacido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> </ul>
<p><b>Medicamentos recetados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Medicamentos de mantenimiento y de corto plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. \$10/\$30/\$50 para venta al público o pedido por correo. Venta al público: un copago por suministro para 30 días o tres copagos por suministro para 90 días. Pedido por correo: dos copagos por suministro para 90 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. \$5/\$20/\$35 para venta al público o pedido por correo. Venta al público: un copago por suministro para 30 días o tres copagos por suministro para 90 días. Pedido por correo: un copago por suministro para 90 días</li> </ul>
<p><b>Beneficios para pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Beneficios en el hospital</li> <li>. Visitas del médico en el hospital</li> <li>. Rehabilitación física de pacientes hospitalizados</li> <li>. Cirugía</li> <li>. Anestesia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta a deducible para un máximo de 60 días por año. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible o copago de \$100</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura total para una cantidad ilimitada de días. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total para un máximo de 60 visitas por año</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> </ul>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Atención en sala de emergencias</li> <li>. Centro independiente de atención de urgencia</li> <li>. Ambulancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$50 por visita, a menos que sea admitido en un plazo de 24 horas</li> <li>. Copago de \$25 por visita</li> <li>. Copago de \$50</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$50 por visita, a menos que sea admitido en un plazo de 24 horas</li> <li>. Copago de \$25 por visita</li> <li>. Copago de \$15</li> </ul>
<p><b>Beneficios en el hospital para pacientes ambulatorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Radiografías de diagnóstico</li> <li>. Laboratorio y patología de diagnóstico</li> <li>. Atención quirúrgica</li> <li>. Quimioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$40 por visita. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC).</li> <li>. Copago de \$20 por visita</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible</li> <li>. Copago de \$40 por visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$15 por visita. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC).</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Copago de \$15</li> <li>. Cobertura total</li> </ul>

tipo de atención/características del plan	Plan Core Cobertura*	Plan Enhanced Cobertura*
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Rehabilitación pulmonar</li> <li>. Hemodiálisis</li> <li>. Radioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$40 por visita</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible</li> <li>. Copago de \$40 por visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$15 por visita</li> <li>. Cobertura total</li> <li>. Cobertura total</li> </ul>
<p><b>Salud mental y dependencia de sustancias químicas</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</li> <li>. Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</li>   <li>. Atención por dependencia de sustancias químicas para pacientes hospitalizados</li> <li>. Atención por dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Copago de \$40. Los servicios pueden proporcionarse en un centro para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un proveedor.</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta al deducible. Se aplica certificación previa.</li>   <li>. Copago de \$40</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cobertura total para una cantidad ilimitada de días. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Copago de \$15. Los servicios pueden proporcionarse en un centro para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un proveedor.</li> <li>. Cobertura total para una cantidad ilimitada de días. Se aplica certificación previa.</li>   <li>. Copago de \$15 por visita</li> </ul>
<p><b>Otros servicios</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insulina e insumos para diabéticos</li> <li>. Centro especializado de enfermería</li>   <li>. Atención domiciliaria</li> <li>. Centro de cuidados paliativos</li> <li>. Terapia para pacientes ambulatorios</li>   <li>. Insumos y equipamiento médico duradero</li> <li>. Dispositivos ortopédicos y protésicos externos</li> <li>. Servicios quiroprácticos</li> <li>. Acupuntura</li> <li>. Odontología</li>   <li>. Servicios audiológicos</li>   <li>. Servicios privados de enfermería</li> <li>. Prueba de admisión previa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$20 para suministro de hasta 30 días</li> <li>. Cobertura del 80%, sujeta a deducible para un máximo de 120 días por año, máximo de 360 días en la vida. Se aplica certificación previa.</li> <li>. \$20 por día, 40 visitas por año. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura total para una cantidad ilimitada de días.</li> <li>. Copago de \$40 por visita para un total combinado de 45 visitas por año para fisioterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria</li> <li>. Cobertura del 50%. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura del 50%, sujeta al deducible</li> <li>. Copago de \$20 por visita</li> <li>. Cobertura del 50% para un máximo de 10 visitas por año</li> <li>. Misma cobertura que servicio similar por lesiones accidentales en dientes naturales sanos y para recibir atención por anomalías o enfermedades congénitas</li> <li>. Copago de \$20 por examen de diagnóstico, sin cobertura para exámenes de rutina. Cobertura de audífonos para un máximo de \$2,000 por año</li> <li>. Sin cobertura</li> <li>. Cobertura total</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Copago de \$15</li> <li>. Cobertura total para un máximo de 120 días por año, hasta 360 días en la vida. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura total por una cantidad ilimitada de visitas. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura total para una cantidad ilimitada de días</li> <li>. Copago de \$15 por un total combinado de 45 visitas por año para fisioterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria</li> <li>. Cobertura del 80%. Se aplica certificación previa.</li> <li>. Cobertura del 80%</li> <li>. Copago de \$15 por visita</li> <li>. Cobertura del 50% para un máximo de 10 visitas por año</li> <li>. Misma cobertura que servicio similar por lesiones accidentales en dientes naturales sanos y para recibir atención por anomalías o enfermedades congénitas</li> <li>. Copago de \$15 por examen de diagnóstico, sin cobertura para exámenes de rutina. Cobertura de audífonos para un máximo de \$2,000 por año</li> <li>. Sin cobertura</li> <li>. Cobertura total</li> </ul>