

Resumen de los beneficios del plan médico



Resumen del plan de la HMO
Fecha de entrada en vigencia: 1/8/2020

Este es un breve resumen de beneficios. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura. De conformidad con la Ley de Atención Médica Asequible y Protección al Paciente del 2010:

- El máximo vitalicio (en dólares) de los beneficios de salud fundamentales cubiertos deja de ser aplicable. Los miembros cuyas coberturas se den por terminadas debido a que alcanzaron el límite vitalicio derivado de este plan son elegibles para volver a inscribirse a este plan.
- Solo proveedores de la agencia: los hijos dependientes que sean menores de veintiséis (26) años son elegibles para inscribirse a este plan. Usted será responsable de pagar el costo completo de la prima de sus dependientes. Comuníquese con su empleador para conocer las tarifas de la prima.

| Beneficios | Dentro de la red |
|---|---|
| Deducible del plan | Sin deducible anual |
| Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año | No es aplicable |
| Coaseguro del plan | Sin coaseguro del plan |
| Límite de gastos por cuenta propia | Límite de gastos por cuenta propia (individual): \$1,200 Límite de gastos por cuenta propia (familiar): \$2,400 |
| Periodo de espera para afecciones preexistentes (PEC) | Sin PEC |
| Máximo vitalicio | Sin límite |
| Servicios ambulatorios (visitas al consultorio) | Copago de \$15 |
| Servicios hospitalarios | Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Cirugía ambulatoria: copago de \$50 |
| Medicamentos con prescripción (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios) | Basado en el valor/genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2) Copago de \$4/\$8/\$25 por suministro de 30 días |
| Prescripción pedida por correo | Descuento de \$5 por suministro de 30 días |
| Acupuntura | Se cubren hasta 8 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa. Se debe hacer un copago de \$15 por cada visita adicional (aprobada por el plan) |
| Servicios de desplazamiento | El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % |
| Dependencia de sustancias químicas | Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0 |
| Aparatos, equipos y suministros | Se cubre el 50 % <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para postmastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos |
| Suministros para diabéticos | Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte "Medicamentos con prescripción". Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte "Aparatos, equipos y suministros". En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites. |

Resumen de los beneficios del plan médico - Kaiser Permanente de la HMO de Washington (continuación)

| Beneficios | Dentro de la red |
|--|---|
| Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico | Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: cubiertos completamente, IRM/TEP/TC con copago de \$50 Los servicios de imágenes radiológicas de alta calidad; por ejemplo, TC, RM y TEP deben ser considerados como necesidad médica y requieren autorización previa, salvo en casos relacionados con atención médica de emergencia o servicios hospitalarios. |
| Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado) | Copago de \$200 en un centro designado Copago de \$200 en un centro no designado |
| Exámenes auditivos (rutinarios) | Copago de \$15 |
| Dispositivos auditivos | Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$1,200 por cada oreja para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/hearing . |
| Servicios de atención médica domiciliaria | Cubiertos completamente. Sin límite de visitas. |
| Servicios paliativos | Cubiertos completamente |
| Servicios de infertilidad | Se cubren los servicios médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y todos los servicios relacionados, entre ellos, la inseminación artificial, la fertilización in vitro, y la farmacoterapia, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios ambulatorios, con máximo vitalicio de \$50,000. Se cubren los medicamentos para la fertilidad, y están sujetos al deducible y al coaseguro del plan del 20 %, con máximo vitalicio de \$5,000. |
| Terapia manipulativa | Se cubren hasta 10 visitas por año calendario sin autorización previa; copago de \$15 |
| Servicios de masaje | Consulte "Servicios de rehabilitación" |
| Servicios de maternidad | Ambulatorios: copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios. Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización |
| Salud mental | Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0 |
| Naturopatía | Se cubren hasta 3 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa Se debe hacer un copago de \$15 por cada visita adicional (aprobada por el plan) |
| Servicios neonatales | Estancia hospitalaria inicial: consulte "Servicios hospitalarios"; "Visitas al consultorio". Consulte "Servicios ambulatorios"; "Controles rutinarios de salud". Consulte "Cuidado preventivo". Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre. |
| Servicios relacionados con la obesidad | Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos |
| Trasplantes de órganos | Sin límites ni periodo de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15 |
| Cuidado preventivo: exámenes de control, vacunaciones, examen de Papanicolaou, mamografías | Cubierto completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente. |
| Servicios de rehabilitación: las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario | Hospitalarios: 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$15 |
| Centro de enfermería especializada | Se cubren completamente hasta 60 días por año calendario |
| Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas) | Cubiertos completamente. |
| Servicios para la articulación temporomandibular (ATM) | Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$15 |
| Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco | Programa Quit for Life (cubierto completamente) |
| Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses) | Copago de \$15 |
| Lentes ópticos: lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas | Miembros menores de 19 años: 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro Miembros mayores de 19 años: \$300 por 12 meses |