

PLAN DE SALUD DE ATLANTIS

Resumen de Beneficios

HMO: Plan 20 Opción Baja

SERVICIOS DEL MÉDICO

	<u>Lo que Paga</u>
Consultas Médicas (PAP o Especialista)	\$20 de copago
Consultas del Servicio Ambulatorio (Hemodiálisis, Quimioterapia, Radioterapia)	\$20 de copago
Consultas del Paciente Hospitalizado	Sin copago
Pruebas y Tratamiento de Alergias	\$20 de copago
Anestesia	Sin copago
Servicios de Diagnóstico y Tratamientos	\$20 de copago
Mamografía de Detección y Detección de Cáncer de Próstata	\$20 de copago
Atención por Mastectomía	\$20 de copago
Servicios de Obstetricia/Ginecología y Citología Exfoliativa	\$20 de copago
Servicios de Radiología	\$20 de copago
Servicios para Infertilidad	\$20 de copago
Mediciones, Pruebas y Aparatos de Densidad de Masa Ósea	\$20 de copago
Fórmulas Enterales	\$20 de copago
Fármacos y dispositivos anticonceptivos	\$20 de copago
Todas las segundas opiniones quirúrgicas/médicas	\$20 de copago
Exámenes físicos de rutina	\$20 de copago
Puericultura	Sin copago
Servicios de experimentación o investigación recomendados por un agente de apelación externo	\$20 de copago
Cuidados Prenatales y Maternales	\$20 de copago
Atención Quiropráctica	\$20 de copago
Parto/Cirugía Ambulatoria y Externa	Menor de: 20% o \$200

SERVICIOS AMBULATORIOS

Sala de Servicios Ambulatorios/Externos	\$75 de copago
Examen Previo a la Admisión	\$20 de copago
Servicios de Radiología y Laboratorio	\$20 de copago

SERVICIOS DEL HOSPITAL

Servicios para el Paciente Hospitalizado	\$500 de copago
Rehabilitación del Paciente Cardiópata Hospitalizado (por hospitalización continua)	\$500 de copago
Sala de Cirugía Ambulatoria	\$75 de copago
Sangre y Hemoderivados	Sin copago
Servicios de Ambulancia	\$50 de copago
Atención en la Sala de Urgencias (sin admisión al hospital)	\$50 de copago

ALTERNATIVAS DEL HOSPITAL

Centro de Enfermería Especializada: 30 días por año calendario* (por hospitalización continua)	\$500 de copago
Atención Médica a Domicilio: 40 consultas por año calendario	\$20 de copago
Programa de Atención para Pacientes Terminales	Sin copago
Cuidados Paliativos: paciente hospitalizado (210 días combinados con paciente ambulatorio)	Sin copago
Cuidados Paliativos, terapia ambulatoria por la pérdida de un ser querido: 5 visitas	Sin copago
Cuidados Paliativos: Paciente Ambulatorio	Sin copago

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

<u>Física/del Habla/Ocupacional</u>	
Paciente Hospitalizado: por hospitalización continua (Limitado hasta 30 días por diagnóstico por año calendario)	\$500 de copago
Paciente Ambulatorio: limitados a 20 visitas por diagnóstico por año calendario (sólo luego de la estadía del paciente)	\$20 de copago

SALUD MENTAL

Ingreso de Pacientes: por hospitalización continua (30 días por año calendario)	\$500 de copago
Paciente Ambulatorio: 20 consultas por año calendario	\$20 de copago

ABUSO DE DROGAS

Desintoxicación de Paciente Hospitalizado: por hospitalización continua (Limitada hasta 7 días por año calendario)	\$500 de copago
Rehabilitación Ambulatoria: 60 consultas por año calendario (20 de las consultas se pueden usar para Terapia Familiar)	\$20 de copago

EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS

Equipos y Suministros Médicos Duraderos	20% de coseguro
Equipamiento y Suministros para Diabéticos	\$20 de copago

--

*Los anexos de beneficios están disponibles para cumplir las cláusulas de "poner a disposición" de la Sección 4303(e) de las Leyes de Seguro del Estado de Nueva York

Nota: Las limitaciones y máximos de beneficios son por Miembro por año calendario.

EXCLUSIONES: Este RESUMEN DE BENEFICIOS destaca los beneficios estándar del contrato HMO.

Los beneficios señalados pueden estar sujetos a Restricciones, Exclusiones y Limitaciones pautadas en el Contrato del Suscriptor Grupal.

