

## ATLANTIS HEALTH PLAN

Resumen de beneficios

Grupo HNY

### SERVICIOS DEL MÉDICO

|   | <u>Lo que usted paga</u>     |
|---|------------------------------|
| Visitas al consultorio (de cabecera o especialista)                   | \$20 co-pago                 |
| Anestesia   | \$20 co-pago                 |
| Servicios de diagnóstico y tratamientos                               | \$20 co-pago                 |
| Examen de mamografía  | \$20 co-pago                 |
| Servicios de obstetricia/ginecológicos                                | \$20 co-pago                 |
| Papanicolaou  | \$20 co-pago                 |
| Examen de cáncer de próstata  | \$20 co-pago                 |
| Segundas opiniones de cirugía   | \$20 co-pago                 |
| Exámenes periódicos físicos de adulto                                 | \$20 co-pago                 |
| Visitas de atención de bienestar infantil (incluyendo inmunizaciones) | Sin co-pago                  |
| Atención pre y post natal   | \$10 co-pago                 |
| Partos  | \$200 o 20% - el valor menor |
| Servicios quirúrgicos   | \$200 o 20% - el valor menor |

### SERVICIOS AMBULATORIOS

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| Terapia de radiación y quimioterapia | \$20 co-pago |
| Hemodiálisis                         | \$20 co-pago |
| Pruebas de pre admisión              | \$20 co-pago |
| Rayos X. y servicios de laboratorio  | \$20 co-pago |

### SERVICIOS DE HOSPITAL

|   |               |
|---|---------------|
| Admisión de internación (por confinamiento continuo)            | \$500 co-pago |
| Costos de establecimiento por cirugías de paciente externo      | \$75 co-pago  |
| Sangre y productos sanguíneos                                   | \$20 co-pago  |
| Atención en sala de emergencia (sin internación en el hospital) | \$50 co-pago  |

### ALTERNATIVAS HOSPITALARIAS

|  |             |
|--|-------------|
| Atención de salud en el hogar - 40 consultas por año calendario (solamente a continuación de cirugía o estadía hospitalaria) | \$20 copago |
|--|-------------|

### SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

|   |             |
|---|-------------|
| Fisioterapia  | \$20 copago |
| Paciente externo: Limitada a 30 consultas por año calendario (solamente a continuación de cirugía o estadía hospitalaria) |             |

### EQUIPAMIENTO Y SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Equipamiento y Suministros para Diabéticos | \$20 por ítem o suministro de 34 días |
|--|---------------------------------------|

**Aviso:** Las limitaciones del beneficio son por miembro por año calendario.

**EXCLUSIONES:** Este RESUMEN DE BENEFICIOS resalta los beneficios estándar del contrato de HNY.

Los beneficios exhibidos pueden estar sujetos a restricciones, exclusiones y limitaciones encontradas en el Contrato del Suscriptor. Formulario AHP-HNY-GRP

Aprobado el 30 de enero de 2007

