

Resumen de Beneficios

POS: Plan D, Copago de \$10, Acceso Abierto

	<u>EN LA RED</u>	<u>FUERA DE LA RED</u>
<u>VALORES FINANCIEROS</u>	<u>Lo que Paga</u>	<u>Lo que Paga</u>
Copago de Consultas Médicas	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Individual/Familiar Deducible	N/C	\$300/\$750
Coseguro	N/C	80/20
Gastos Máximos en Efectivo (después del deducible) Individual/Familiar	N/C	\$2.000/\$5.000
Máximo de vida	Ninguno	\$1.000.000
<u>SERVICIOS DEL MÉDICO</u>		
Consultas Médicas (PAP o Especialista)	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Consultas del Paciente Hospitalizado	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Pruebas y Tratamiento de Alergias	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Anestesia	Sin costo	Sujeto a deducible y coseguro
Servicios de Diagnósticos	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Mamografía de Detección	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Detección de Cáncer de Próstata	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Servicios de Reconstrucción del Seno después de la Mastectomía	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Servicios de Obstetricia/Ginecología	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Citología Exfoliativa y Estudios de Citología Cervical	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Servicios para Infertilidad	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Mediciones, Pruebas y Aparatos de Densidad de Masa Ósea	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Fórmulas Enterales	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Segundas Opiniones Quirúrgicas y Médicas	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Segundas Opiniones Médicas (diagnóstico de cáncer, negativo o positivo)	\$10 de copago	No sujeto a deducible ni Coseguro ^
Exámenes Físicos de Adultos Periódicos	\$10 de copago	Beneficios únicamente en la red
Consultas de Puericultura (incluidas las vacunas)	Sin copago	Beneficios únicamente en la red
Servicios de experimentación o investigación recomendados por un agente de apelación externo	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Cuidados Prenatales y Maternales	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Parto	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Servicios Quirúrgicos para el Paciente Hospitalizado #	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Servicios Quirúrgicos para el Paciente Ambulatorio #	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Atención Quiropráctica	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Información sobre Diabetes	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
<u>SERVICIOS AMBULATORIOS</u>		
Radioterapia y Quimioterapia	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Hemodiálisis	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Examen Previo a la Admisión	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Servicios de Radiología y Laboratorio	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
<u>SERVICIOS DEL HOSPITAL**</u>		
Ingreso de Pacientes (por hospitalización continua)	\$250 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Rehabilitación del Paciente Cardiópata (por hospitalización continua)	\$250 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Cargos por Instalaciones de Cirugía Ambulatoria	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Sangre y Hemoderivados	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Servicio de Ambulancia	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Atención en la Sala de Urgencias (sin admisión al hospital)	\$50 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
<u>ALTERNATIVAS DEL HOSPITAL</u>		
Centro de Enfermería Especializada: 45 días por año calendario *	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Atención Médica a Domicilio: 60 consultas por año calendario	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Programa de Atención para Pacientes Terminales	Sin copago	Sujeto a coseguro únicamente
Cuidados Paliativos: paciente hospitalizado (210 días combinados con paciente ambulatorio)	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Cuidados Paliativos (5 consultas de terapia por la pérdida de un ser querido)	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
<u>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</u>		
<u>Física/del Habla/Ocupacional</u>		
Paciente Hospitalizado: 30 días por diagnóstico por año calendario	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Paciente Ambulatorio: 20 consultas por diagnóstico por año calendario*	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
<u>SALUD MENTAL</u>		
Ingreso de Pacientes: 30 días por año calendario	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
Paciente Ambulatorio: 20 consultas por año calendario	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
<u>ABUSO DE DROGAS</u>		
Desintoxicación de Paciente Hospitalizado: (limitada hasta 7 días por año calendario)	Sin copago	Sujeto a deducible y coseguro
60 consultas por año calendario para pacientes ambulatorios (20 de las consultas se pueden usar para Terapia Familiar)	\$10 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
<u>EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</u>		
Equipos y Suministros Médicos Duraderos	\$0 de copago	Sujeto a deducible y coseguro
Equipamiento y Suministros para Diabéticos	\$10 de copago por artículo o suministro para 34 días	Sujeto a deducible y coseguro

*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

No preautorizar los ingresos hospitalarios que no sean de urgencia o aquellos para cirugías optativas tendrá como resultado una penalidad.

^ Deberá estar autorizado. Atlantis pagará la tarifa usual y tradicional al profesional sanitario.

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 del Punto de Servicio.

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

