

Resumen de Beneficios

POS: Plan D, Copago de \$15, 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 | \$15 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) | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Consultas del Paciente Hospitalizado | Sin copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Pruebas y Tratamiento de Alergias | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Anestesia | Sin costo | Sujeto a deducible y coseguro |
| Servicios de Diagnósticos | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Mamografía de Detección | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Detección de Cáncer de Próstata | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Servicios de Reconstrucción del Seno después de la Mastectomía | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Servicios de Obstetricia/Ginecología | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Citología Exfoliativa y Estudios de Citología Cervical | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Servicios para Infertilidad | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Mediciones, Pruebas y Aparatos de Densidad de Masa Ósea | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Fórmulas Enterales | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Segundas Opiniones Quirúrgicas y Médicas | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Segundas Opiniones Médicas (diagnóstico de cáncer, negativo o positivo) | \$15 de copago | No sujeto a deducible ni Coseguro ^ |
| Exámenes Físicos de Adultos Periódicos | \$15 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 | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Cuidados Prenatales y Maternales | \$15 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 | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Información sobre Diabetes | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| <u>SERVICIOS AMBULATORIOS</u> | | |
| Radioterapia y Quimioterapia | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Hemodiálisis | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Examen Previo a la Admisión | \$15 de copago | Sujeto a deducible y coseguro |
| Servicios de Radiología y Laboratorio | \$15 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* | \$15 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 | \$15 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) | \$15 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 | \$15 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.

