

Aspectos Generales del Plan

PPO Essentials E25-1000-2-5000

PUEDA USAR ESTA MATRIZ PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA. ESTA MATRIZ CONTIENE UN RESUMEN GENERAL. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, CONSULTE EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

Los copagos son las tarifas que se cobrarán a los afiliados por los servicios cubiertos que reciban. Health Net y el proveedor contratado acordaron los montos de copago. Los copagos pueden ser un monto fijo en dólares o un porcentaje del costo de Health Net para el servicio o suministro. También se usa el término “coseguro” para hacer referencia a los porcentajes de copagos. Los afiliados pagan un monto fijo en dólares en concepto de copago cuando reciben el servicio. Por lo general, el proveedor les facturará a los afiliados el porcentaje del copago después de que reciban el servicio. Todos los servicios están sujetos al deducible, a menos que se indique de otro modo.

Descripción del beneficio	Responsabilidad de los afiliados	
	Dentro de la red	Fuera de la red (monto máximo permitido)
Red		
Deducible: individual/familiar	\$1,000/\$2,000	\$2,000/\$4,000
Desembolso máximo: individual/familiar <i>(incluye el deducible)</i>	\$5,000/\$10,000	\$10,000/\$20,000
Atención preventiva Exámenes de salud preventivos, colonoscopia <i>(a partir de los 50 años)</i> , vacunas de rutina, exámenes ginecológicos y examen de Papanicolaou, mamografías, prueba de antígeno prostático específico, orientación para dejar de fumar	\$0 por visita (sin deducible)	40% del monto máximo permitido
Visitas al consultorio Médico: incluye medicina familiar, naturopatía, pediatría, medicina interna, medicina general, obstetricia y ginecología	Las primeras 3 visitas: \$5, sin deducible; a partir de la cuarta visita: \$25, sin deducible	40% del monto máximo permitido
Especialista: proveedores de especialidades distintas de las mencionadas anteriormente	\$50 por visita (sin deducible)	40% del monto máximo permitido
Inyecciones terapéuticas y para alergias	20%	40% del monto máximo permitido
Servicios de tele salud	\$0 por visita (sin deducible)	40% del monto máximo permitido
Servicios de diagnóstico Servicios de laboratorio y rayos X de diagnóstico, electrocardiogramas y ecografías	20%	40% del monto máximo permitido
Diagnóstico por imágenes avanzado, tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, electroencefalograma, prueba de esfuerzo/monitor Holter	20%	40% del monto máximo permitido
Servicios de maternidad Atención por parto y maternidad <i>(solo servicios profesionales)</i>	20%	40% del monto máximo permitido
Servicios hospitalarios para pacientes internados	20%	40% del monto máximo permitido
Servicios de atención de emergencia y urgencia Atención de urgencia: servicios de médicos	\$50 por visita (sin deducible)	\$50 por visita (sin deducible), monto máximo permitido
Servicios de la sala de emergencias	20%	20%
Servicios de ambulancia terrestre y aérea	20%	20%
Servicios hospitalarios Paciente internado en hospital	20%	40% del monto máximo permitido
Servicios de rehabilitación para pacientes internados <i>(fisioterapia, terapias ocupacional y del habla)</i> : límite máximo de 30 días por año	20%	40% del monto máximo permitido
Centro de enfermería especializada: límite máximo de 60 días por año	20%	40% del monto máximo permitido

Descripción del beneficio	Responsabilidad de los afiliados	
Servicios para pacientes ambulatorios		
Cirugía, infusión, diálisis, quimioterapia, radioterapia	20%	40% del monto máximo permitido
Cirugía en centro hospitalario	20%	40% del monto máximo permitido
Cirugía en centro quirúrgico ambulatorio	10%	40% del monto máximo permitido
Servicios de rehabilitación: límite máximo de 30 días por año	20%	40% del monto máximo permitido
Suministros y equipos médicos		
Equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortóticos, suministros para la diabetes, dispositivo bucal para la apnea del sueño	20%	40% del monto máximo permitido
Suministros médicos, incluido suero y sustancias inyectables para alergias	20%	40% del monto máximo permitido
Atención de salud en el hogar y cuidado de pacientes terminales		
Atención de salud en el hogar	20%	40% del monto máximo permitido
Servicios de cuidado de pacientes terminales	20%	40% del monto máximo permitido
Servicios de salud mental y para trastorno por abuso de sustancias		
Servicios de médicos: visitas al consultorio	Las primeras 3 visitas: \$5, sin deducible; a partir de la cuarta visita: \$25, sin deducible	40% del monto máximo permitido
Servicios residenciales y para pacientes internados	20%	40% del monto máximo permitido

Se debe alcanzar el deducible especificado cada año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre) antes de que se paguen reclamos a través de Health Net Health Plan of Oregon, Inc.

“Cobertura familiar” hace referencia al suscriptor y su cónyuge; al suscriptor y sus hijos; o al suscriptor, su cónyuge y sus hijos. La cobertura familiar incluye el deducible por persona. En la cobertura familiar, los gastos cubiertos de cada afiliado cuentan para el deducible familiar.

El desembolso máximo anual incluye su deducible anual, los copagos y el coseguro. Después de alcanzar el desembolso máximo dentro del año calendario, pagaremos los servicios cubiertos durante el resto del año calendario al 100% de nuestras tarifas contratadas para los servicios brindados por proveedores participantes y al 100% del monto máximo permitido para los servicios fuera de la red. Usted deberá seguir pagando los cargos facturados por servicios fuera de la red que superen el monto máximo permitido.

Para obtener atención de un naturópata, llame a American Specialty Health, Inc. (ASH) al 1-800-678-9133.

Los servicios de telesalud incluyen la cobertura brindada por Teladoc. Teladoc brinda servicios de telesalud complementarios a los servicios de telemedicina establecidos para afecciones médicas, trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas. Los servicios de Teladoc no deben reemplazar los servicios de su médico. Los servicios de consulta de Teladoc no cubren los servicios de especialistas; tampoco las recetas médicas de sustancias controladas por la Agencia Federal Antinarcóticos, los medicamentos no terapéuticos ni determinados medicamentos que pueden ser nocivos por su potencial de abuso.

Si un paciente recién nacido necesita una admisión a una unidad de cuidados intensivos o intermedios, el deducible y el coseguro por estos servicios se acumularán para la cobertura del recién nacido, no la de la madre.

En caso de internación, el copago por servicios en la sala de emergencias para pacientes ambulatorios se anula.

Ciertos servicios requieren una autorización previa o deben ser brindados por un proveedor especializado.

Los beneficios de salud del comportamiento son administrados por MHN. Para otros servicios de salud mental o por dependencia de sustancias químicas, llame a MHN al 1-800-977-8216.

Este resumen del plan tiene fines comerciales únicamente y contiene información general. Si quiere conocer información detallada, limitaciones, exclusiones y otros términos y condiciones de la cobertura, consulte el *Programa de Beneficios* y el *Contrato*.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.