

Plan A PPO de Healthy KidsConnect - Resumen de beneficios para niños o familias sobre 300 por ciento del Nivel Federal de Pobreza

Este resumen de beneficios de Healthy KidsConnect bosqueja brevemente los beneficios que cubrimos y los requisitos de participación de costos para usted. **Los hijos amerindios o nativos de Alaska elegibles que se encuentren sobre 200% hasta e inclusive el 300% del Nivel Federal de Pobreza recibirán asistencia por el 100% de la prima. Las familias tampoco pagan coseguro o copagos.** Esto no es un contrato y no describe completamente la cobertura de beneficios. Sírvase remitirse al manual de beneficios para informarse sobre los términos exactos, las condiciones, disposiciones, exclusiones y limitaciones.

INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA	
Número de póliza:	G0017282
Tipo de plan:	Plan A PPO Plan 200 a 300
Red médica:	PacificSource: <i>PSN preferida</i>
Red de farmacias minoristas:	CVS Caremark: <i>lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL).</i>
Red de pedidos de medicamentos por correo	Correo CVS Caremark o Wellpartner
Red dental:	Advantage Dental
RESUMEN DE BENEFICIOS MÉDICOS	
Beneficio máximo de por vida	Ninguno
Período de espera preexistente, incluido el embarazo	Ninguno
Deducible médico por año calendario	Ninguno
Gastos personales médicos máximos por año calendario (out of pocket, OOP)*	
❖ Por persona	\$900
❖ Por familia	\$1,800
*Esta es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos cubiertos por año calendario, antes de que su plan comience a pagar el 100% de los servicios cubiertos. Una vez que se ha llegado al límite de gastos personales, este plan pagará el 100% de los cargos cubiertos para proveedores participantes y no disponibles en la red durante el resto de ese año calendario. Los beneficios pagados por completo, los trasplantes y los cargos no permitidos no se acumulan para fines del límite de gastos personales.	
Beneficio - Proveedores participantes	El miembro paga
Atención preventiva y servicios:	
❖ Servicios de atención para la salud de la mujer y del hombre	\$0
❖ Vacunas de rutina	\$0
❖ Atención al bebé sano (0 a 36 meses) y atención al niño sano (3 a 18 años)	\$0
❖ Instrucción sobre la diabetes para pacientes ambulatorios	\$0
❖ Exámenes de detección de cáncer de próstata	\$0
Consultas profesionales en consultorio	\$10
Atención para pacientes hospitalizados	\$100 por internamiento
Cirugía ambulatoria	5%
Instalación de enfermería especializada -limitada a 60 días	5%
Atención de salud en el hogar -limitada a 60 visitas	5%
Sala de emergencia -exento si la persona es internada	\$100
Ambulancia por tierra -hasta la instalación más cercana capaz de tratar la afección, máximo anual de 300 millas	\$100
Ambulancia por aire -si la ambulancia por tierra no es apropiada desde el punto de vista médico o físico, \$6,000 máximo al año	\$100

Beneficio - Proveedores participantes	El miembro paga
Atención de maternidad, embarazo normal	
❖ Consultas pre y post natales – <i>el copago global cubre todas las consultas profesionales de rutina</i>	\$100
❖ Estancia en el hospital por dilatación y parto - <i>instalación</i>	\$100 por internamiento
❖ <i>NOTA: Las complicaciones del embarazo se cubren como cualquier otra enfermedad</i>	
Rayos X diagnósticos, pruebas con imágenes, laboratorio y procedimientos diagnósticos especiales	5%
Trasplantes	5%
Atención paliativa	5%
Rehabilitación – <i>límite combinado de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</i>	
❖ Paciente internado – <i>limitado a 60 días por año</i>	5%
❖ Paciente ambulatorio - <i>limitado a 60 visitas por año</i>	5%
Equipo médico duradero y suministros	5%
Salud mental y Dependencia de sustancias químicas	
❖ Atención psiquiátrica como paciente hospitalizado	\$100 por internamiento
❖ Tratamiento residencial o diurno – <i>hasta 45 días por año</i>	\$10
❖ Tratamiento ambulatorio	\$10
Acupuntura, quiropráctica y naturopatía	5%
Servicios para la audición	5%
Beneficio - Proveedores no participantes	El miembro paga
Proveedores no participantes	100% - No cubierto**
**Los servicios están cubiertos solamente cuando se obtienen de proveedores participantes, excepto en casos de emergencia, o cuando PacificSource proporciona una autorización previa fuera de la red. <i>En estas circunstancias limitadas se aplicaría el copago o el coseguro regular.</i>	

RESUMEN DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (sujeto a la lista de medicamentos preferidos)

Deducible de medicamento recetado por año calendario	Ninguno		
Gastos personales máximos por medicamentos recetados por año calendario			
❖ Por persona	\$100		
❖ Por familia	\$200		
*Esta es la cantidad máxima que usted pagará por las medicinas recetadas cubiertas por año calendario antes de que su plan comience a pagar el 100% de los servicios cubiertos. Una vez que se ha llegado al límite de gastos personales, este plan pagará el 100% de los cargos cubiertos para farmacias participantes durante el resto del año calendario.			
Beneficio – Farmacias minoristas participantes, suministro para 34 días	El miembro paga		
Medicamento genérico	\$0		
Algunos medicamentos de atención preventiva (véase a continuación)	\$0		
<ul style="list-style-type: none"> Ácido fólico para mujeres. Por persona. Flúor: Hasta la edad de 6 años únicamente. Por persona. Hierro: Hasta la edad de 1 año únicamente. Por persona. Reemplazo de nicotina, desde los 15 años en adelante: Si se encuentra registrado en un programa <i>Free and Clear</i>, ellos le enviarán un suministro de parches o chicles de nicotina para 8 semanas; puede adquirir un suministro de Zyban o Chantix para 12 semanas en farmacias participantes. Vacuna contra gripe estacional Una vez por año calendario en clínicas farmacéuticas participantes de vacunación contra la gripe 			
Marca preferida (PDL)	\$10		
Marca no preferida	No está cubierta, a excepción de lo que se describe a continuación*		
*Los medicamentos recetados no preferidos no están cubiertos. Las excepciones a esta regla se consideran solamente cuando todos los medicamentos equivalentes, genéricos y de marcas preferidas se han probado sin lograr resultados satisfactorios y cuando se cumplen ciertos criterios, según lo determine PacificSource. En esos casos limitados, el medicamento estará cubierto a nivel del copago de marca preferida.			
Beneficio – Farmacias minoristas participantes, suministro para 34 días	El miembro paga		
Medicamento genérico	\$0		
Algunos medicamentos de atención preventiva (véase más arriba)	\$0		
Marca preferida (PDL)	\$10		
Marca no preferida	No está cubierta, a excepción de lo que se describe a continuación*		
*Los medicamentos recetados no preferidos no están cubiertos. Las excepciones a esta regla se consideran solamente cuando todos los medicamentos equivalentes, genéricos y de marcas preferidas se han probado sin lograr resultados satisfactorios y cuando se cumplen ciertos criterios, según lo determine PacificSource. En esos casos limitados, el medicamento estará cubierto a nivel del copago de marca preferida.			
Beneficio – Medicamentos de especialidad, suministro para 30 días	El miembro paga		
Medicamentos de especialidad**	\$10		
**La farmacia especializada Caremark® es su proveedor para los medicamentos especializados y biotécnicos usados a menudo para tratar trastornos crónicos o genéticos. El programa se concibió para ayudar a los miembros de PacificSource con las siguientes afecciones de salud a sacar el máximo provecho del valor de los beneficios de su plan de salud.			
Asma	Deficiencia de la hormona de crecimiento	Trastornos inmunológicos	Hipertensión arterial pulmonar
Enfermedad de Crohn	Hematopoyética	Esclerosis múltiple	Enfermedad pulmonar
Reemplazo de	Hepatitis C	Oncología	Prevención del virus sincitial

RESUMEN DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (sujeto a la lista de medicamentos preferidos)

enzimas

respiratorio (RSV)

Enfermedad de Gaucher

Hormonoterapias

Psoriasis

Artritis reumatoide

NOTA: Algunos medicamentos de especialidad que no se puede administrar el paciente a sí mismo, no están cubiertos por este beneficio de farmacia, pero sí están cubiertos por el beneficio de suministros de consultorio del plan médico.

Beneficio - Farmacias no participantes

El miembro paga

Proveedores no participantes

100% - No está cubierto en la mayoría de los casos**

** Los medicamentos están cubiertos solamente cuando se obtienen de farmacias participantes excepto en casos de emergencia. En estas circunstancias se aplicaría el copago regular.

RESUMEN DE BENEFICIOS DENTALES

Beneficio máximo por año calendario	\$1,750
Deducible dental por año calendario	Ninguno
Gastos personales máximos por medicamentos recetados por año calendario	
❖ Por persona	\$200
❖ Por familia	\$400
*Esta es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios dentales cubiertos por año calendario antes de que su plan comience a pagar el 100% de los servicios cubiertos.	
Beneficio - Proveedores dentales participantes	El miembro paga
Diagnóstico y preventivo	
❖ Exámenes - <i>dos por año calendario, los cargos separados por revisión de un plan de tratamiento propuesto o por ayudas diagnósticas, tales como modelos de estudio y algunos análisis de laboratorio, no están cubiertos</i>	\$0
❖ Rayos X - <i>una serie de boca completa en un período de tres años; un máximo de cuatro radiografías de mordida en un período de seis meses</i>	\$0
❖ Limpiezas profilácticas - <i>total combinado de tres limpiezas profilácticas o procedimientos de mantenimiento periodóntico (véase Periodoncia) por año calendario</i>	\$0
❖ Tratamiento con flúor - <i>dos por año calendario hasta la edad de 18 años</i>	\$0
❖ Selladores permanentes en molares y bicúspides - <i>una aplicación en un período de cinco años para personas hasta los 18 años de edad</i>	\$0
Restauración, cirugía oral y endodoncia – los copagos son por pieza dental	
❖ Amalgamas o resinas compuestas - <i>el relleno compuesto en un diente posterior está limitado a la cantidad que se pagaría por una restauración correspondiente de amalgama; los rellenos en la superficie de un diente están limitados a una vez por año calendario</i>	\$10
❖ Extracciones y algunos otros procedimientos quirúrgicos menores - <i>incluye anestesia general cuando la administra un dentista en un consultorio; el cargo separado por una alveolectomía practicada junto con la extracción de una pieza dental no está cubierto.</i>	\$10
❖ Tratamiento de conducto radicular - <i>uno en un período de tres años por pieza dental</i>	\$10
❖ Coronas - <i>la restauración de cualquier pieza dental en un período de cinco años está cubierta cuando la pieza dental no se puede restaurar con otros materiales; si se puede restaurar con un material como amalgama o resina compuesta, los cargos cubiertos están limitados al costo de la amalgama o a la restauración con resina compuesta que no es de laboratorio, incluso si el paciente o el dentista seleccionan otro tipo de restauración.</i>	\$30
Periodoncia	
❖ Retenedores de espacio - <i>hasta la edad de 13 años</i>	\$10
❖ Mantenimiento periodóntico - <i>total combinado de tres procedimientos de mantenimiento periodóntico o limpiezas profilácticas (véase Limpiezas) por año calendario; el cargo separado por el trazado gráfico periodóntico no está cubierto; el mantenimiento periodóntico no está cubierto en el plazo de tres meses de raspado periodóntico y de raíz o curetaje.</i>	\$10
❖ Raspado periodóntico y de raíz o curetaje - <i>un procedimiento por cuadrante en cualquier período de tres años; tratamiento del tejido que soporta la pieza dental</i>	\$10

Prostodoncia (removibles)	
❖ Dentaduras postizas totales o parciales - <i>construcción, reparación o recubrimiento; el reemplazo de un dispositivo existente que ya no sirve, no se puede arreglar y ha estado colocado durante al menos cinco años; construcción de puentes fijos.</i>	\$30

Beneficio - Proveedores dentales participantes - Continúa	El miembro paga
❖ Reparaciones a dentaduras postizas totales o parciales - <i>repararlas para que funcionen</i>	\$15
❖ Reemplazo de base y recubrimiento de dentadura - <i>una vez cada 12 meses</i>	\$15
Ortodoncia	
❖ Cubierta si existe un diagnóstico autorizado previamente de paladar hendido con labio leporino	\$30
Beneficio - Proveedores dentales no participantes	El miembro paga
Proveedores no participantes	100% - No está cubierto**
<i>** Cubiertos solamente cuando se obtienen de proveedores participantes, excepto en casos de emergencia, o cuando PacificSource proporciona una autorización previa fuera de la red. Se aplicarían los cargos máximos permitidos regularmente de Advantage Dental.</i>	

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA LA VISIÓN	
Beneficio - Proveedores participantes	El miembro paga
Exámenes de rutina de la visión - <i>uno por año calendario</i>	\$0
Servicios terapéuticos de la visión - <i>seis sesiones por año calendario</i>	\$0
Servicios de radiología - <i>por optómetras u oftalmólogos</i>	\$0
Beneficio - Proveedores participantes	Máximo permitido
Anteojos recetados	
❖ Un par por año calendario - <i>usted paga toda cantidad que sobrepase el máximo permitido.</i>	
○ Anteojos sencillos	\$96
○ Anteojos bifocales	\$134
○ Anteojos trifocales	\$180
○ Lentes de contacto (en lugar de anteojos y monturas)	\$192
Monturas	
❖ Una montura por año calendario - <i>usted paga cualquier cantidad que sobrepase el máximo permitido</i>	\$96
Beneficio - Proveedores no participantes	El miembro paga
Proveedores no participantes	100% - No está cubierto

OTROS BENEFICIOS RELACIONADOS CON LA VISIÓN

Cubiertos por el plan médico

Los siguientes servicios relacionados con la visión están cubiertos por su plan médico cuando estén autorizados previamente por PacificSource para una cirugía o tratamiento necesarios desde el punto de vista médico.

- ❖ Lentes de contacto recetados –*un lente de contacto por cada ojo que se someta a operación de catarata*
- ❖ Prótesis ocular, ojo artificial -*se requiere documentación*
- ❖ Atención posquirúrgica y postoptómetra -*atención operatoria*