

# SAMARITAN HEALTHY KIDSCONNECT

## RESUMEN DE PRESTACIONES 2011



**ESTE RESUMEN DE PRESTACIONES ES PARA AQUELLOS MIEMBROS EN LOS PLANES SAMARITAN HEALTHY KIDSCONNECT QUE SE DETERMINARON A ESTAR ARRIBA DEL 300% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FEDERAL POVERTY LEVEL, FPL).**

Éste es sólo un resumen breve de las prestaciones. Consulte su Manual del miembro para obtener una explicación más detallada de las prestaciones, incluso las limitaciones y exclusiones.

	<b>INDIVIDUAL</b>
<i>Límite anual de desembolso personal</i> <b>MÉDICO</b>	\$6,000 <i>(incluso el deducible)</i>
<i>Deducible anual</i> <b>MÉDICO</b>	\$1,000
<i>Límite anual de desembolso personal para el</i> <b>MEDICAMENTO CON RECETA MÉDICA</b>	Ninguno
<i>Límite anual de desembolso personal</i> <b>DENTAL</b>	\$200
<i>Límite anual de desembolso personal para la</i> <b>VISTA</b>	Ninguno
<i>Máximo de por vida</i>	Ninguno
<i>Período de espera por condiciones preexistentes, incluso el embarazo</i>	Ninguno

### Límites para los deducibles y desembolso personal

- La cantidad del **deducible anual** que debe cumplirse para el plan de prestaciones Médicas es de \$1,000.
- **El límite anual para el desembolso personal médico** es de \$6,000 por persona, por año calendario; se incluye el deducible en este total.
- Una vez que se cumpla con el límite de desembolso personal aplicable, este plan pagará el 100% de los costos cubiertos por servicios al nivel de prestaciones aplicable de “preferido” o “no preferido” para el resto de ese año calendario.
- Los servicios y los costos no cubiertos no se acumulan hacia los gastos máximos de desembolso personal.

Otros servicios que **no** se acumulan hacia el máximo de desembolso personal o tienen reparto de gastos compartidos son:

- Servicios preventivos para las mujeres
- Servicios preventivos para los hombres
- Exámenes físicos de rutina
- Pruebas de detección y exámenes de cáncer colorrectal
- Vacunas de rutina
- Una prueba de fenilcetonuria
- Bienestar y cuidado para el bebé y el niño
- Instrucción diabética para pacientes externos
- Instituciones para el trasplante que son proveedores participantes

**Se cubren los servicios solamente cuando se obtienen de proveedores dentro de la red, a excepción de cuando se hayan autorizado previamente los servicios fuera de la red o en caso de que sean urgentes o emergentes. En estas circunstancias, se aplicaría el reparto habitual de gastos compartidos dentro de la red.**

**ESTO NO ES UN CONTRATO. ESTE RESUMEN DE PRESTACIONES NO DESCRIBE EN SU TOTALIDAD LA COBERTURA DE PRESTACIONES CON SAMARITAN HEALTHY KIDSCONNECT.**

# Samaritan Healthy KidsConnect

## Resumen de PRESTACIONES MÉDICAS 2011



SERVICIO	USTED PAGA DENTRO DE LA RED (después de cumplir con el deducible)
<b>Servicios de prevención*</b>	
Servicios de atención médica para las mujeres	0%
Servicios de atención médica para los hombres	0%
Vacunas de rutina	0%
Bienestar y cuidado del bebé (0 a 24 meses)	0%
Bienestar y cuidado del niño (2 a 18 años)	0%
Educación diabética	0%
<b>Servicios profesionales</b>	
Consultas (en el consultorio)	20%
Servicios para la atención urgente	20%
<b>Servicios en el hospital y como paciente interno</b>	
Visita a la sala de emergencia ( <i>se difiere si es ingresado</i> )	20%
Rehabilitación para el paciente hospitalizado	20%
Trasplantes	20%
Cuidado para el paciente hospitalizado, por ingreso (incluye cuidado de maternidad durante hospitalización)	20%
<b>Servicios de paciente externo (ambulatorio)</b>	
Medicina alternativa	20%
Patología del habla y lenguaje, audiología, servicios de prótesis auditiva	20%
Rehabilitación para el paciente externo	20%
Cirugía como paciente externo	20%
Radiografía de diagnóstico, pruebas por imágenes, análisis de laboratorio, procedimientos de diagnóstico	20%
<b>Salud mental y drogodependencia</b>	
<b>Salud mental</b>	
Atención psiquiátrica con hospitalización	20%
Tratamiento diurno / residencial	20%
Tratamiento para el paciente externo	20%
<b>Drogodependencia</b>	
Atención psiquiátrica con hospitalización	20%
Tratamiento diurno / residencial	20%
Tratamiento para el paciente externo	20%
<b>Otros servicios cubiertos</b>	
Centro de convalecencia con personal de enfermería especializado – límite de 60 días al año	20%
Atención médica en el hogar	20%
Cuidados paliativos	20%
Equipo médico duradero	20%
Ambulancia	20%

ÉSTA NO ES UNA LISTA COMPLETA DE LOS SERVICIOS, Y ESTOS SERVICIOS PODRÍAN TENER OTRAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES. LEA DETENIDAMENTE SU MANUAL DEL MIEMBRO. Los servicios no cubiertos no se aplican al máximo de desembolso personal. Consulte la lista adjunta de "previa autorización requerida". \* Los servicios recomendados y apoyados por *el US Preventive Services Task Force, Advisory Committee on Immunizations Practices of the Center of Disease Control Services y Health Resources and Services Administration* para adultos, adolescentes y bebés están cubiertos sin reparto de gastos compartidos y se consideran servicios preventivos.

# Samaritan Healthy KidsConnect

## Resumen de PRESTACIONES DE MEDICAMENTOS 2011



GENÉRICO	PREFERIDO	NO PREFERIDO
\$5	\$50 ó 50%, <i>el que sea menor</i>	\$50 ó 50%, <i>el que sea menor*</i>

\* Samaritan Healthy KidsConnect (SHKC) cubre los medicamentos con receta médica no preferidos sólo cuando su médico ha solicitado una excepción de medicamento para usted y hemos aprobado la solicitud. En tales casos, usted pagaría el copago "preferido" de \$10 para su medicamento con receta médica "no preferido".

### LEA DETENIDAMENTE LA SECCIÓN DE ESTE DOCUMENTO SOBRE LOS LÍMITES DE DEDUCIBLES Y DESEMBOLSO PERSONAL

**Medicamentos genéricos:** La Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (*Federal Drug Administration, FDA*) ha aprobado medicamentos genéricos que tienen el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento, SHKC requiere que los miembros usen el genérico, salvo que sea médicamente necesario para un miembro el usar la versión de marca de un medicamento.

**Medicamentos preferidos:** Son medicamentos de marca cubiertos.

**Medicamentos no preferidos:** Samaritan Healthy KidsConnect no cubre estos medicamentos sin una excepción aprobada del medicamento a través de nuestro Departamento Farmacéutico.

## Resumen de medicamentos con receta

### *Cantidades máximas*

La cantidad más grande permitida a la vez para medicamentos con receta para pacientes externos comprados de la farmacia, es un suministro de 34 días. Su copago se rige siempre sobre cada surtido.

### *Resurtidos*

*Este plan permite resurtidos de una farmacia después de que se haya utilizado el 75% del suministro de la orden previa del medicamento con receta. Usted es responsable del costo total de cualquier medicamento con receta que sea negado en la farmacia participante porque lo ha resurtido "demasiado pronto".*

### *Opción de pedido por correo*

Este plan ofrece a nuestros miembros una opción de pedido por correo. Los medicamentos con receta de pedidos por correo se pueden surtir hasta un suministro de 90 días.

Para obtener más información y los formularios adecuados, llame al personal del Departamento de Servicio al Cliente (*Customer Service Department*) o consulte nuestro sitio web en [www.samhealth.org/healthplans](http://www.samhealth.org/healthplans).

Departamento de Servicio al Cliente de  
**Samaritan Healthy KidsConnect Health Plan**

### **Nº tel. para los miembros:**

De lunes a viernes,  
de 8 a.m. a 5 p.m.  
(541) 768-4550  
1-800-832-4580  
TTY: 1-800-735-2900

### **Nº tel. para proveedores / farmacias:**

(541) 768-5207  
1-888-435-2396

**Se cubren los servicios solamente cuando se proporcionan por proveedores dentro de la red, a excepción de cuando se hayan autorizado previamente los servicios fuera de la red o en caso de emergencias.** En estas circunstancias, se aplicaría el reparto habitual de gastos compartidos.

# Samaritan Healthy KidsConnect

## Resumen de PRESTACIONES PARA LA VISTA 2011



SERVICIO	USTED PAGA DENTRO DE LA RED
<i>Exámenes</i> : un (1) examen por cada año de prestaciones	\$0
Prótesis oculares, ojo artificial	\$0
Servicios de terapia de la vista	\$0
Cuidado postoperatorio	\$0
Servicios de radiología	\$0
<b>Lentes, monturas (marcos) y lentes de contacto con receta</b>	<b>Su asignación para prestación</b>
Cada año de prestaciones usted paga toda cantidad por encima de la asignación máxima que se indica: lentes, monturas (marcos) y lentes de contacto ( <i>combinados</i> )	\$200 al año

**No hay deducible** para los servicios de la vista cubiertos ni para suministros, y las prestaciones se pagan al 100% del costo permitido hasta los límites indicados a continuación para servicios de proveedores de la vista participantes. Costo permitido significa el costo para servicios cubiertos hasta el máximo de la asignación del plan. Estas prestaciones del cuidado de la vista se proporcionan según lo que se indicó arriba, de manera anual. Este período comienza el 1<sup>o</sup> de enero de cada año de prestación siguiente; ésta es una prestación por año calendario.

**Se cubren los servicios solamente cuando se obtienen de proveedores dentro de la red, a excepción de cuando se hayan autorizado previamente los servicios fuera de la red o en caso de emergencias. En estas circunstancias, se aplicaría el reparto habitual de gastos compartidos.**

# Samaritan Healthy KidsConnect

## Resumen de PRESTACIONES DENTALES 2011



PRESTACIÓN MÁXIMA ANUAL	DEDUCIBLE ANUAL	MÁXIMO DEL DESEMBOLSO PERSONAL*
\$1,000	Ninguno	\$200

SERVICIO	USTED PAGA DENTRO DE LA RED
<b>Diagnóstico y preventivo</b>	
Examen dental	\$0
Radiografías	\$0
Limpieza dental	\$0
Tratamiento de flúor	\$0
Selladores dentales	\$0
<b>SERVICIOS ADICIONALES</b>	
<b>Procedimientos reconstituyentes, cirugía oral y endodoncia</b>	
Amalgamas	\$10
Reposición de resina compuesta (material de obturación)	\$10
Coronas	\$30 por corona
Extracciones dentales	\$10
Terapia de conducto radicular	\$10
Extracciones quirúrgicas	\$10
<b>Periodoncia</b>	
Espacio y mantenimiento periodóntico	\$10
Estabilización de la salud periodóntica	\$10
<b>Prostodoncia (desmontable)</b>	
Dentadura postiza completa y parcial	\$30
Reparación a la dentadura postiza completa y parcial	\$15
Procedimientos de reparación de la base y reforrado de la dentadura postiza	\$15
<b>Ortodoncia</b>	
Cubierto para pacientes que tienen un diagnóstico de fisura palatina con labio leporino	\$30

\*Esta es la cantidad máxima que pagará para las prestaciones dentales cubiertas por persona, por año calendario, antes de que su plan comience a pagar el 100% por servicios cubiertos.

**Se cubren los servicios solamente cuando se obtienen de proveedores dentro de la red, a excepción de cuando se hayan autorizado previamente los servicios fuera de la red o en caso de emergencias. En estas circunstancias, se aplicaría el reparto habitual de gastos compartidos.**

# Samaritan Healthy KidsConnect

## LISTA DE “PREVIA AUTORIZACIÓN REQUERIDA” 2011



### SAMARITAN HEALTHY KIDSCONNECT

La cobertura de ciertos servicios médicos y procedimientos quirúrgicos requiere de la autorización por escrito de *Samaritan Healthy KidsConnect* antes de que se lleven a cabo los servicios. Toda la cobertura está sujeta a revisión para determinar la idoneidad médica. **Se requiere la previa autorización de *Samaritan Healthy KidsConnect* para los siguientes servicios médicos y procedimientos quirúrgicos:**

- Trasplantes, a excepción de córneas (incluso evaluación)
- Servicios de cuidados alternativos (acupuntura, quiropráctico o servicios prestados por un naturópata)
- Procedimientos planeados / electivos
- Servicios realizados en un Centro de cirugía ambulatoria (*Ambulatory Surgery Center, ASC*)
- Hospitalización, incluso por salud mental y drogodependencia
- Terapia como paciente externo (fisioterapia, ocupacional, del habla y audiológica)
- Pruebas por resonancia magnética nuclear, tomografías por emisión de positrones, tomografías computarizadas y tomografías de emisión monofotónica
- Cardiología nuclear
- Compras de equipo médico duradero, prótesis y dispositivos ortopédicos (a excepción de los suministros para presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) y diabéticos) mayores de \$1,000 o alquiler de más de 3 meses
- Atención médica en el hogar
- Cuidados paliativos
- Prótesis auditivas
- Servicios audiológicos
- Desintoxicación médica
- Centro de convalecencia con personal de enfermería especializado
- Tratamiento para la salud mental y drogodependencia, **A EXCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMO PACIENTE EXTERNO**
- Los servicios prestados por un proveedor no contratado\*
- Servicios dentales médicos
- Servicios (incluso diagnósticos) y tratamiento para el trastorno de la articulación temporomandibular
- Estudios clínicos
- Diálisis

**Servicios médicamente apropiados** y suministros médicos que se requieren para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de una afección que incluye condiciones físicas o mentales o lesiones, y que:

coinciden con los síntomas de una afección o tratamiento de una afección;

son adecuados con respecto a las normativas de buenas prácticas de salud, y son generalmente reconocidos como eficaces por la comunidad científica pertinente, la medicina basada en pruebas y las normas profesionales de cuidado;

no son sólo para la conveniencia del miembro o de un proveedor del servicio o suministros médicos; y

son los más eficaces en función del costo de los niveles alternativos de servicios médicos o suministros médicos, que pueden ser proporcionados de manera segura al miembro según el juicio del proveedor de cuidado médico primario (PCP).

**\*Todos los servicios no contratados requieren de previa autorización de *Samaritan Healthy KidsConnect Health Plan*. *Samaritan Healthy KidsConnect Health Plan* se reserva el derecho de revisar o de algún otro modo negar pago por servicios que no se determinen médicamente necesarios. “Prevía autorización” significa una decisión tomada por una compañía de seguros antes de que se obtengan los servicios, de que la compañía de seguros pagará por los servicios.**

**Comuníquese con nosotros...** *Samaritan Healthy KidsConnect*, al (541) 768-4550 | 1-866-832-4580 | TTY 1-800-735-2900