

# Resumen de beneficios

Bronze HMO NG WOW 1

ESTA TABLA ES PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DEL PLAN SI DESEA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA. COMUNÍQUESE CON SU EMPLEADOR SI NECESA INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LA COBERTURA O VISITE [SHARPHEALTHPLAN.COM](http://SHARPHEALTHPLAN.COM) PARA CONSULTAR EL MANUAL DEL AFILIADO.

## Beneficios cubiertos

## Costo compartido

<b>Deductible anual para servicios específicos<sup>1</sup></b>	
Deductible para servicios médicos por año calendario (por persona/familia): solo se aplica a los beneficios cubiertos indicados	\$7,000 / \$14,000
Deductible de farmacia por año calendario (por persona/por familia): se aplica a medicamentos cubiertos de marca y genéricos preferidos, y no preferidos	\$500/\$1,000
Deductible para servicios dentales por año calendario (por persona/por familia)	\$0/\$0
<b>Máximo de gastos de bolsillo anual<sup>1,2</sup></b>	
Máximo de gastos de bolsillo anual (por persona/familia)	\$9,950 / \$19,900
<b>Máximo de por vida</b>	
Este plan no tiene máximo de por vida	Sin límite
<b>Atención preventiva<sup>3</sup></b>	
Exámenes físicos, vacunas y servicios de laboratorio relacionados para bebés y niños sanos (hasta los 18 años)	\$0
Exámenes físicos de rutina, vacunas y servicios de laboratorio relacionados para adultos	\$0
Laboratorio, radiología y otros servicios para detectar enfermedades de forma temprana cuando los indica un médico	\$0
Exámenes ginecológicos de rutina, vacunas y servicios de laboratorio relacionados	\$0
Mamografía	\$0
Examen de detección del cáncer de próstata	\$0
Exámenes de detección de cáncer colorrectal, incluidas sigmoidoscopia y colonoscopia	\$0
<b>Servicios de bienestar Best Health®</b>	
Educación sobre salud y talleres sobre bienestar en línea y otras herramientas para mejorar la salud	\$0
Asesoramiento sobre salud por teléfono (control del peso, ayuda para dejar de fumar, control del estrés, actividad física, nutrición)	\$0
<b>Servicios profesionales</b>	
Visita al médico de atención primaria para consulta, tratamiento, pruebas de diagnóstico, etc. (el deducible se aplica después de las primeras 3 visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
Visita al médico especialista para consulta, tratamiento, pruebas de diagnóstico, etc. (el deducible se aplica después de las primeras 3 visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
Otra visita al consultorio médico, que incluye acupuntura (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas) <sup>4</sup>	\$70 por visita <sup>8</sup>
Pruebas y servicios de laboratorio	\$20 por visita <sup>8</sup>
Servicios de radiología (radiografías y diagnóstico por imágenes)	\$90 por visita <sup>8</sup>
Radiología avanzada (que incluye, entre otras, imágenes por resonancia magnética [magnetic resonance imaging, MRI], angiografía por resonancia magnética [magnetic resonance angiography, MRA], estimulación por resonancia magnética [magnetic resonance stimulation, MRS], exploración por tomografía computarizada [computed tomography, CT], tomografía por emisión de positrones [positron emission tomography, PET], ventriculografía isotópica [multigated acquisition, MUGA], tomografía computarizada de emisión monofotónica [single photon emission computed tomography, SPECT])	\$500 / visita <sup>8</sup>
Pruebas para detectar alergias (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
Inyecciones para tratar alergias (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
<b>Servicios para pacientes ambulatorios (que incluyen, entre otros, servicios quirúrgicos, de diagnóstico y terapéuticos)</b>	
Tarifa del centro para cirugía para pacientes ambulatorios	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del médico/cirujano para pacientes ambulatorios	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Terapia de infusión (que incluye, entre otras, quimioterapia)	Variable <sup>6,8</sup>
Diálisis	\$0 <sup>8</sup>
Servicios de rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$70 por visita <sup>8</sup>
Servicios de habilitación	\$70 por visita <sup>8</sup>
Radioterapia	Variable <sup>6,8</sup>
<b>Hospitalización (que incluye, entre otros, servicios para pacientes hospitalizados, trasplante de órganos y servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados)</b>	
Tarifa del establecimiento	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del médico/cirujano	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
<b>Servicios de atención de urgencias y emergencias</b>	
Tarifa del centro para servicios de la sala de emergencias (no se cobra si la persona es ingresada en el hospital)	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del médico para la sala de emergencias (no se cobra si la persona es ingresada en el hospital)	\$0 <sup>8</sup>
Servicios de atención de urgencias (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
<b>Transporte médico</b>	
Transporte médico de emergencia	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Transporte médico para casos que no sean de emergencia	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>

# Resumen de beneficios

Bronze HMO NG WOW 1

## Beneficios cubiertos

Costo compartido

### Atención por maternidad

Visitas al consultorio antes y después del parto	\$0
Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizadas (servicios hospitalarios)	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizadas (servicios profesionales)	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Apoyo, suministros y asesoramiento para la lactancia materna	\$0

### Servicios de planificación familiar

Anticonceptivos (incluidos, entre otros, todos los medicamentos, insumos, dispositivos, implantes, inyecciones y otros productos aprobados por la FDA)	\$0
Esterilización voluntaria para mujeres	\$0
Esterilización voluntaria para hombres	\$0
Interrupción del embarazo (incluye, entre otros, visitas al consultorio, cirugías ambulatorias y servicios para pacientes hospitalizados)	\$0

### Servicio de doula<sup>10</sup>

Visitas antes y después del parto	\$0
-----------------------------------	-----

### Equipo médico duradero y otros suministros

Equipo médico duradero	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Suministros para personas con diabetes	20 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Prótesis y órtesis	\$70 por visita <sup>8</sup>

### Servicios para la salud mental<sup>6</sup>

Visitas al consultorio médico (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
Terapia de grupo (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
Otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios	50 % de coseguro hasta \$70 por visita <sup>8</sup>
Tarifa del establecimiento para pacientes hospitalizados	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del médico para pacientes hospitalizados	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del establecimiento para servicios de emergencia (no se cobra si la persona es ingresada en el hospital)	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del médico para servicios de emergencia (no se cobra si la persona es ingresada en el hospital)	\$0 <sup>8</sup>
Transporte para casos psiquiátricos de emergencia	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Transporte para casos psiquiátricos que no sean de emergencia	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Servicios de atención de urgencias (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>

### Servicios para el trastorno de abuso de sustancias<sup>6</sup>

Visitas al consultorio médico (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>
Terapia de grupo (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$7 por visita <sup>8</sup>
Otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios	50 % de coseguro hasta \$70 por visita <sup>8</sup>
Tarifa del establecimiento para pacientes hospitalizados	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del médico para pacientes hospitalizados	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del establecimiento para servicios de emergencia para desintoxicación de pacientes con casos de abuso de alcohol o drogas (no se cobra si la persona es ingresada en el hospital)	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Tarifa del médico para servicios de emergencia para desintoxicación de pacientes con casos de abuso de alcohol o drogas (no se cobra si la persona es ingresada en el hospital)	\$0 <sup>8</sup>
Transporte para casos de trastorno de abuso de sustancias de emergencia	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Transporte para casos de trastorno de abuso de sustancias que no sean de emergencia	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Servicios de atención de urgencias (el deducible se aplica después de las 3 primeras visitas no preventivas)	\$70 por visita <sup>8</sup>

### Enfermería especializada, atención médica en el hogar y servicios en un programa de cuidados paliativos

Servicios en centro de enfermería especializada (máximo de 100 días por período de beneficios)	50 % de coseguro <sup>5,8</sup>
Servicios de atención médica en el hogar (costo compartido por visita, máximo de 100 visitas por año calendario)	\$70 por visita <sup>8</sup>

### Atención en centro para enfermos terminales (pacientes hospitalizados)

Atención en centro de cuidados paliativos (pacientes ambulatorios)	\$0
--	-----

### Servicios de la vista pediátricos

Examen de la vista	\$0
Anteojos o lentes de contacto en lugar de anteojos	1 par por año, con cobertura total

### Servicios dentales pediátricos

Los beneficios dentales pediátricos de Sharp Health Plan son brindados por Delta Dental. Consulte la lista de beneficios de Delta Dental para obtener información sobre los costos compartidos aplicables.

# Resumen de beneficios

## Beneficios cubiertos

Bronze HMO NG WOW 1

Costo compartido

### Cobertura de medicamentos recetados<sup>9</sup>

Nivel 1: la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo (suministro de 30 días/suministro de 90 días).

\$20<sup>8</sup>/\$40<sup>8</sup>

Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferidos y cualquier otro medicamento recomendado por el Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T) según la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento (suministro de 30 días/suministro de 90 días).

50% de coseguro<sup>5,8</sup>

(hasta \$500 por suministro de 30 días)  
después del deducible de la farmacia

Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos, medicamentos recomendados por el Comité de P&T según la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento, o medicamentos que suelen tener una alternativa terapéutica preferida y, por lo general, menos costosa en un nivel más bajo (suministro de 30 días/suministro de 90 días).

50% de coseguro<sup>5,8</sup>

(hasta \$500 por suministro de 30 días)  
después del deducible de la farmacia

Nivel 4: medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o el fabricante exigen que se distribuyan mediante una farmacia especializada, medicamentos que requieren que el afiliado tenga capacitación especial o monitoreo clínico para la autoadministración; o medicamentos con un costo para el plan de salud (libre de descuentos) superior a seiscientos dólares (\$600) para un suministro de un mes (30 días).

50 % de coseguro<sup>5,8</sup>

(hasta \$500 por suministro de 30 días)  
después del deducible de la farmacia

Medicamentos recetados preventivos que incluyen anticonceptivos genéricos preferidos y de venta libre

\$0

### Notas

<sup>1</sup> En un plan familiar, una persona es responsable solo del deducible de gastos de bolsillo individual y un monto máximo de gastos de bolsillo individual. Los pagos de costos compartidos (deductibles, copagos y coseguro, pero no primas) que cada persona realiza en una familia contribuyen al deducible familiar y al máximo de gastos de bolsillo. El deducible familiar podría satisfacerse mediante cualquier combinación de pagos de deducible individual, después de los cuales se aplican copagos o coseguro del afiliado hasta que se alcanza el máximo de gastos de bolsillo familiar. Una vez que se alcanza el máximo de gastos de bolsillo familiar, el plan paga todos los costos por los servicios cubiertos para todos los familiares. Los pagos de costos compartidos para todos los beneficios cubiertos se acumulan para el deducible, si el deducible se aplica a ese servicio, y para el máximo de gastos de bolsillo. Para el plan Bronze, no se computa el deducible para las 3 primeras visitas no preventivas al consultorio o por atención de urgencias, lo que incluye visitas al PCP, a un especialista, otros profesionales y por abuso de sustancias o de salud mental para pacientes ambulatorios.<sup>2</sup> Los copagos para los beneficios complementarios (servicios quiroprácticos, cuidado de la vista para adultos, etc.) no se aplican a al máximo de gasto de bolsillo anual.

<sup>3</sup> Incluye los servicios preventivos con calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.; las vacunas para niños, adolescentes y adultos recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; y la atención preventiva y los exámenes de detección respaldados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud para bebés, niños, adolescentes y mujeres. Si se recibe atención preventiva junto con otros servicios, puede corresponder el copago aplicable para dichos servicios distintos de la atención preventiva.

<sup>4</sup> "Visitas al consultorio de otro proveedor de la salud" incluye: Consultas terapéuticas, visitas al consultorio de médicos que no sean de atención primaria ni médicos especialistas y visitas al consultorio no especificadas en otra categoría de beneficios.

<sup>5</sup> De las tarifas contratadas

<sup>6</sup> Los gastos de bolsillo se basan en el tipo y la ubicación de los servicios (p. ej.: el costo compartido para cirugías para pacientes ambulatorios de una cirugía de un paciente ambulatorio o el costo compartido para visitas al consultorio de un especialista para un servicio recibido durante una visita al consultorio de un especialista).

<sup>7</sup> Todos los tratamientos médicamente necesarios de trastornos de salud mental y abuso de sustancias están cubiertos en este plan.

<sup>8</sup> Se aplica el deducible

<sup>9</sup> El costo compartido del miembro no puede superar los \$250 por cada receta médica individual de un suministro de hasta 30 días de un medicamento oral cubierto para tratar el cáncer. El costo compartido del suministro de 90 días se aplica a los medicamentos de mantenimiento surtidos por pedido por correo solamente.

<sup>10</sup>Los servicios de doula están cubiertos hasta los límites permitidos de visitas sin cargo para aquellos que están inscritos en el Programa de Administración de Casos de Salud Mental Materna. Este programa está diseñado para ayudar a las madres (antes y después del parto, y entre embarazos) con sus necesidades, ya sea para entender los beneficios de la atención médica, como para programar citas o proveer recursos del plan de salud y de la comunidad. El plan ofrece servicios de administración de casos a los afiliados que reúnen los requisitos, entre los que se incluyen los afiliados con un problema de salud mental materna. Se aceptan remisiones de cualquier origen, incluidos, entre otros, proveedores tratantes (obstetras/ginecólogos, proveedor de atención primaria), afiliados o un administrador de casos del establecimiento.

Nota: El costo compartido para servicios con copagos es el monto del copago o el monto permitido (el monto máximo sobre el que se basa el pago de los servicios de atención médica cubiertos), el que sea menor.

Nota: En "Servicios para la salud mental", el costo compartido para "Visitas al consultorio" se aplica a las visitas al consultorio para pacientes ambulatorios, las pruebas psicológicas y la supervisión ambulatoria del tratamiento farmacológico. El costo compartido para "Terapia grupal" se aplica a la evaluación y al tratamiento de salud mental en grupo y a las sesiones de terapia grupal. El costo compartido para "Otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios" se aplica al tratamiento multidisciplinario en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios, a la hospitalización parcial y al tratamiento de salud del comportamiento en el hogar para el trastorno del espectro autista. El costo compartido para "pacientes hospitalizados" se aplica a los servicios brindados por el establecimiento y los médicos para pacientes hospitalizados, la observación psiquiátrica de salud mental y el tratamiento residencial para crisis de salud mental.

# Resumen de beneficios

Bronze HMO NG WOW 1

Nota: En "Servicios para el trastorno de abuso de sustancias", el costo compartido para "Visitas al consultorio" se aplica a las consultas para pacientes ambulatorios, al tratamiento con medicamentos para la abstinencia y a la evaluación individual. El costo compartido para "Terapia grupal" se aplica a la evaluación para el trastorno de abuso de sustancias en grupo y a las sesiones de terapia grupal. El costo compartido para "Otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios" se aplica a los programas de tratamiento de día, los programas intensivos para pacientes ambulatorios y la hospitalización parcial. El costo compartido para "pacientes hospitalizados" se aplica a los servicios brindados por el establecimiento y los médicos para pacientes hospitalizados y a los servicios de recuperación residencial de transición para el trastorno de abuso de sustancias en un ámbito residencial no médico.

Nota: El costo del desarrollo de una evaluación y la prestación de todos los servicios de atención médica requeridos o recomendados de conformidad con un acuerdo de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (Community Assistance, Recovery and Empowerment, CARE) o un Plan CARE están cubiertos tanto si el servicio lo proporciona un proveedor del plan como si lo proporciona un proveedor que no pertenece al plan. Todos los servicios están cubiertos sin autorización previa ni costos compartidos, excepto los medicamentos recetados.

Nota: Los tratamientos médicamente necesarios para trastornos de salud mental o por abuso de sustancias, incluidos, entre otros, los servicios para crisis de salud del comportamiento que se proporcionan en un centro 988, los servicios de un equipo móvil para crisis u otros servicios de proveedores para crisis de salud del comportamiento, pueden proporcionarlos tanto proveedores del plan como proveedores que no pertenecen al plan. Solo deberá pagar el monto de costo compartido dentro de la red por cualquier tratamiento médicaamente necesario fuera de la red para trastornos de salud mental o por abuso de sustancias, que le proporcione un centro 988, un equipo móvil para crisis u otro proveedor de servicios para crisis de salud del comportamiento.