

Red de Proveedores: Navigator

Deducible por Año de Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Individual	\$850	\$2,250
Límite Máximo a Pagar del Bolsillo Propio (OOP) por Año de Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Individual	\$5,500	\$18,000
<p>Nota: El deducible y el límite a pagar del bolsillo propio dentro de la red se acumulan por separado del deducible y el límite a pagar del bolsillo propio fuera de la red. Aún si usted tiene el mismo beneficio para los proveedores de la red y fuera de la red, los costos reales de los servicios provistos fuera de la red pueden exceder del límite a pagar del bolsillo propio establecido en este plan para los servicios fuera de la red. Además, en ciertas situaciones, los proveedores fuera de la red pueden facturarle a usted la diferencia entre la cantidad cobrada por el proveedor y la cantidad autorizada por la compañía aseguradora (a esto se le conoce como saldos facturados). Los montos de los saldos facturados no cuentan como parte del límite a pagar del bolsillo propio fuera de la red. Para obtener información adicional sobre los saldos facturados o la cuota autorizada, consulte su guía del estudiante.</p>		

El miembro será responsable de cubrir cualquier cantidad anteriormente indicada y los siguientes montos:

Servicio/Suministro	Dentro de la Red – Los Miembros Pagan	Fuera de la Red – Los Miembros Pagan
Cuidados Preventivos		
Cuidados para niños y bebés sanos, 0 a 21 años de edad	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Exámenes físicos de prevención	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Detección preventiva de enfermedades de transmisión sexual (STD)	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Consultas para mujeres sanas	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Mamografías de prevención	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Vacunas (inmunizaciones)	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Colonoscopías de prevención	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Servicios Profesionales		
Consultas con el PCP en el consultorio y el hogar	Primeras tres consultas: sin deducible, \$5. Sigüientes consultas: sin deducible, \$30*	Después del deducible, 50%
Consultas de naturopatía en el consultorio	Sin deducible, \$30	Después del deducible, 50%
Consultas de especialistas en el consultorio y el hogar	Sin deducible, \$60	Después del deducible, 50%
Consultas de telesalud	Primeras tres consultas: sin deducible, \$5. Sigüientes consultas: sin deducible, \$30*	Después del deducible, 50%

Servicio/Suministro	Dentro de la Red – Los Miembros Pagan	Fuera de la Red – Los Miembros Pagan
Visitas de la enfermera al hogar para recién nacidos	Sin deducible, 0%	Después del deducible, 50%
Procedimientos en el consultorio y suministros	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Cirugías	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Servicios de rehabilitación y habilitación para pacientes externos	Sin deducible, \$30	Después del deducible, 50%
Acupuntura (12 visitas por año de beneficios)	Sin deducible, \$30	Después del deducible, 50%
Manipulación quiropráctica / manipulación de la columna vertebral (20 visitas por año de beneficios)	Sin deducible, \$30	Después del deducible, 50%
Servicios de Hospital		
Habitación y alimentos para pacientes internos	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Servicios de rehabilitación y habilitación para pacientes internos	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Cuidados en una institución de enfermería especializada	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Servicios para Pacientes Externos		
Servicios/cirugías para pacientes externos	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Diagnóstico por imágenes – avanzado	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Servicios de diálisis y laboratorio/ radiología para terapia y diagnóstico – no avanzados	Sin deducible hasta \$400, luego después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Servicios Urgentes y de Emergencia		
Visitas al centro de cuidados urgentes	Sin deducible, \$30	Después del deducible, 50%
Visitas a la sala de emergencias por emergencias médicas	Sin deducible, \$200^	Sin deducible, \$200^
Visitas a la sala de emergencias por casos que no sean emergencias	Sin deducible, \$200^	Sin deducible, \$200^
Ambulancia terrestre	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 20%
Ambulancia aérea	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 20%
Servicios de Maternidad**		
Servicios de médicos/proveedores (cargo global)	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Servicios de hospitales/instituciones	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%

Servicio/Suministro	Dentro de la Red – Los Miembros Pagan	Fuera de la Red – Los Miembros Pagan
Servicios de Salud Mental/Trastornos de Uso de Sustancias Nocivas		
Visitas al consultorio	Primeras tres consultas: sin deducible, \$5. Siguiendo consultas: sin deducible, \$25*	Sin deducible, \$25
Cuidados para pacientes internos	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 20%
Programas de residencia	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 20%
Otros Servicios Cubiertos		
Inyecciones para alergias	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Equipo médico duradero+	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Servicios de salud en el hogar	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%
Trasplantes	Después del deducible, 20%	Después del deducible, 50%

Este es un breve resumen de sus beneficios. Consulte su guía del estudiante para obtener información adicional y conocer una explicación adicional de los beneficios, así como las limitaciones y exclusiones.

^ El co-pago aplica solamente a los cargos de los médicos de la sala de emergencias y del hospital o la institución. Usted no tendrá que pagar el co-pago si es hospitalizado.

* Las primeras tres consultas por año de beneficio son combinadas en el caso de los Servicios Profesionales – Consultas en el consultorio y el hogar, las Consultas de telesalud y los Servicios de Salud Mental/Trastornos de Uso de Sustancias Nocivas – Visitas al consultorio.

+ Los implantes cocleares no están sujetos al deducible.

** Los servicios médicamente necesarios, los medicamentos y los suministros para el control de la diabetes durante el embarazo (desde la concepción hasta seis semanas después del parto) no están sujetos al pago de un deducible, co-pago o coaseguro.

Información Adicional

¿Qué es el deducible?

El deducible de su plan es la cantidad de dinero que usted debe pagar primero antes de que el plan comience a pagar los beneficios. Hay muchos servicios que están cubiertos por el plan sin que usted tenga que pagar el deducible, especialmente los cuidados preventivos.

Al cubrir su deducible, tenga en cuenta que existe una categoría por separado dentro de la red y fuera de la red. Los gastos dentro de la red solamente aplican al deducible de la red, mientras que los gastos fuera de la red solamente aplican al deducible fuera de la red.

¿Qué es el límite a pagar del bolsillo propio (OOP)?

El límite a pagar del bolsillo propio es la cantidad máxima que usted debe pagar por los servicios cubiertos durante el año de beneficios. Una vez que alcance el límite a pagar del bolsillo propio, el plan pagará el 100 por ciento de los cargos cubiertos durante el resto del año de beneficios. Asegúrese de consultar su guía del estudiante, ya que existen ciertos cargos (tales como los beneficios de salud no esenciales), penalidades y montos facturados que no cuentan como parte del límite a pagar del bolsillo propio.

Al cubrir el límite a pagar del bolsillo propio, tenga en cuenta que existe una categoría por separado dentro de la red y fuera de la red. Los gastos dentro de la red solamente aplican al límite a pagar del bolsillo propio dentro de la red, mientras que los gastos fuera de la red solamente aplican al límite a pagar del bolsillo propio fuera de la red.

Pagos a proveedores

Los pagos a los proveedores se basan en las cuotas vigentes o las cuotas permitidas para los servicios cubiertos. Los proveedores de la red aceptan la cuota permitida como un pago por la totalidad del servicio. Los servicios prestados por los proveedores fuera de la red pudieran resultar en el pago de un monto del bolsillo propio además del porcentaje indicado.

Autorización previa

La cobertura de ciertos servicios médicos y procedimientos quirúrgicos requiere de una determinación de beneficios por parte de PacificSource antes de poder realizar dichos servicios. A este proceso se le conoce como autorización previa. La autorización previa es necesaria para determinar si ciertos servicios y suministros están cubiertos por este plan y si usted cumple con los requerimientos de elegibilidad del plan. La autorización previa no cambia el gasto a pagar del bolsillo propio. Usted puede buscar los procedimientos y servicios que requieren una autorización previa en nuestro sitio web Authgrid.PacificSource.com (seleccione el área de negocios Comercial).

La ley prohíbe la discriminación

PacificSource Health Plans cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no discrimina en base a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo. PacificSource no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.