

## Resumen de beneficios. Plan médico con deducible alto y organización de proveedores preferidos (PPO)

*Congregational Employee Plan for The Brethren in Christ Health Plan*

Los beneficios médicos de este plan se prestan a través del programa de la organización de proveedores preferidos (PPO) *Highmark Blue Cross Blue Shield*. Antes de recibir tratamiento médico, tiene la responsabilidad de asegurarse de que el proveedor de atención médica pertenezca a la red. El proveedor de atención médica que elija puede ayudarlo con esta información.

Requisitos del Plan	Dentro de la red	Fuera de la red <sup>1</sup>
<b>Opciones de deducibles:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible del año calendario</li> <li>• Deducible del año calendario</li> <li>• Deducible del año calendario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$2.000 para cobertura individual (una persona solamente); \$4.000 para cobertura familiar.</li> <li>• \$3.000 para cobertura individual (una persona solamente); \$6.000 para cobertura familiar.</li> <li>• \$4.000 para cobertura individual (una persona solamente); \$8.000 para cobertura familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$4.000 para cobertura individual (una persona solamente); \$8.000 para cobertura familiar.</li> <li>• \$6.000 para cobertura individual (una persona solamente); \$12.000 para cobertura familiar.</li> <li>• \$8.000 para cobertura individual (una persona solamente); \$16.000 para cobertura familiar.</li> </ul>
Coseguro del año calendario	No corresponde.	
Certificación previa	Es su responsabilidad comunicarse con <i>Highmark Health Care Management Services</i> entre 7 y 10 días antes de una hospitalización planificada o dentro de las 48 horas siguientes a una hospitalización de emergencia.	
Presentación de demandas	El proveedor PPO presenta las demandas.	Usted es responsable de la presentación de demandas.

Beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red <sup>1</sup>
<i>Servicios para instalaciones hospitalarias</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en hospitales<sup>2</sup></li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red.	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios fuera de la red.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención en centros especializados de enfermería<sup>2</sup>; hasta 100 días por año calendario</li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red.	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios fuera de la red.
<i>Servicios ambulatorios</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos/especialistas</li> <li>• Pruebas de alergia e vacunas</li> <li>• Quimioterapia, radioterapia y diálisis renal</li> <li>• Atención de maternidad (honorarios médicos)</li> <li>• Atención médica domiciliaria</li> <li>• Programas de educación sanitaria</li> <li>• Suministros y equipos médicos</li> <li>• Programas de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Prótesis y equipos médicos duraderos</li> <li>• Cirugía ambulatoria en hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios o consultorios médicos</li> <li>• Servicios de radiografías, laboratorio y diagnóstico</li> <li>• Manipulación vertebral; hasta 20 visitas por año</li> <li>• Fisioterapia; hasta 20 visitas por año</li> <li>• Logopedia; hasta 20 visitas por año</li> <li>• Terapia ocupacional; hasta 20 visitas por año</li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red.	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios fuera de la red.

<b>Beneficios médicos</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red<sup>1</sup></b>
<i>Servicios de emergencia</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia</li> <li>Atención en salas de emergencia de hospitales</li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red.	
<i>Servicios de atención preventiva para adultos<sup>3</sup></i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes físicos de rutina</li> <li>Exámenes ginecológicos y papanicolaou de rutina</li> <li>Exámenes de diagnóstico de rutina</li> <li>Mamografías</li> <li>Inmunizaciones</li> </ul>	El Plan paga el 100%.	Sin beneficios del Plan.
<i>Servicios de atención preventiva pediátrica<sup>3</sup></i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes físicos de rutina</li> <li>Inmunizaciones pediátricas</li> <li>Exámenes de diagnóstico de rutina</li> </ul>	El Plan paga el 100%.	Sin beneficios del Plan.
<i>Servicios de hospicio</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></li> <li>Servicios ambulatorios</li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red.	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios fuera de la red.
<i>Servicios de salud mental</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de pacientes hospitalizados<sup>2</sup></li> <li>Tratamiento ambulatorio</li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red.	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios fuera de la red.
<i>Servicios por abuso de sustancias</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desintoxicación de pacientes hospitalizados<sup>2</sup></li> <li>Hospitalización para rehabilitación<sup>2</sup></li> <li>Tratamiento ambulatorio</li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red.	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios fuera de la red.
<i>Programa Premier de medicamentos recetados<sup>4</sup> (definido por la red de farmacias Premier Gold, no por la red de médicos)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos adquiridos en farmacias<sup>5</sup></li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red; suministro para 31 días.	Sin beneficios del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de mantenimiento<sup>5</sup> adquiridos por correo</li> </ul>	Usted paga los deducibles correspondientes a los servicios dentro de la red; suministro para 90 días.	Sin beneficios del Plan.

<sup>1</sup>Los pagos del Plan por servicios recibidos de un proveedor fuera de la red están fundados en el cargo permitido para el tipo de atención, servicio o tratamiento recibido. Si los cargos del proveedor superan el cargo permitido, usted será responsable del pago de la diferencia. Ninguno de estos montos adicionales que deba pagar será considerado parte de su requisito de deducibles por año calendario.

<sup>2</sup>Se requiere certificación previa. Si esto no ocurre y luego se determina que una parte o la totalidad de la estadía del paciente no era médicamente necesaria o apropiada, el paciente deberá pagar los costos que no tengan cobertura.

<sup>3</sup>El programa de servicios preventivos cubiertos se describe en el programa de atención preventiva de Highmark, el cual se actualiza periódicamente según los cambios en las pautas de prácticas clínicas.

<sup>4</sup>Al adquirir medicamentos de una farmacia adherida personalmente o por correo, pagará el costo total de sus medicamentos recetados, con el descuento que Highmark haya acordado, hasta alcanzar su deducible.

<sup>5</sup>Los medicamentos genéricos son obligatorios cuando están disponibles. Después de alcanzar su deducible, si compra un medicamento de marca cuando el médico ha autorizado un medicamento genérico, será responsable de pagar la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca.