

El Deducible y el Máximo Desembolso de su Bolsillo se combinan entre servicios Dentro de la Red y Fuera de la Red, si corresponde. El Máximo Desembolso de su Bolsillo incluye todo Deducible, Coaseguro, Copago médico y copago/coaseguro para medicamentos de venta con receta, pero no incluye las cantidades no cubiertas que rebasen los Cargos Permitidos o las multas de Precertificación del Plan.

| | | |
|--|--|---|
| Deducible Anual | Ninguno | \$1,000/Persona; \$2,000/Familia (Incorporados) |
| Máximo Desembolso de su Bolsillo anual | \$4,000/Persona; \$8,000/Familia (Incorporados) | \$6,850/Persona; \$13,700/Familia (Incorporados) |
| Máximo por Toda la Vida | Sin límite | Sin límite |
| Atención preventiva/Pruebas de detección | | |
| Atención preventiva (visita de bienestar en el consultorio) | El plan paga 100% | No se cubre la atención de rutina. |
| Atención preventiva/pruebas de detección | El plan paga 100% | No se cubre la atención de rutina. |
| Servicios de médicos | | |
| Proveedor de atención primaria | Usted paga un copago de \$15 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Atención ginecológica no de rutina | Usted paga un copago de \$15 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Atención prenatal de rutina | Usted paga un copago de \$15 (sólo por la visita inicial) | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Médico especialista | Usted paga un copago de \$75 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Clínica de consultas sin cita | Usted paga un copago de \$15 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Servicios de telesalud (TelaDoc) | Medicina general/Salud conductual: Usted paga un copago de \$15 por visita Dermatología: Usted paga un copago de \$75 por visita | N/A |
| Servicios de hospital | | |
| Pacientes hospitalizados- Cargos del centro/hospital ⁽²⁾ | El plan paga 100% después de un copago de \$250 por admisión | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Cirugía ambulatoria- Cargos del centro/hospital ⁽²⁾ | El plan paga 100% | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Toda la demás atención en consulta externa- Cargos del centro/hospital | El plan paga 100% | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Atención de emergencia | | |
| Centro de atención urgente | Usted paga un copago de \$75 por visita | Usted paga un copago de \$75 por visita |
| Admisión de emergencia | El plan paga 100% después de un copago de \$250 por admisión | El plan paga 100% después de un copago de \$250 por admisión |
| Servicios de sala de emergencia | Un copago de \$100 por visita (no se cobra si se le hospitaliza) | Un copago de \$100 por visita (no se cobra si se le hospitaliza) |
| Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados⁽²⁾ | | |
| - Con base en centros/hospitales | El plan paga 100% después de un copago de \$250 por admisión | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| - Cargos de médicos/profesionales | El plan paga 100% | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Trastornos de salud mental y consumo de sustancias en pacientes en consulta externa | | |
| - Con base en consultorios | Usted paga un copago de \$15 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| - Todos los demás servicios en consulta externa (incluyen: tratamiento con hospitalización parcial, programa intenso para pacientes en consulta externa, servicios de salud conductual especializados, terapia electro convulsiva, estimulación magnética transcraneal, pruebas psicológicas y neuropsicológicas, 23 horas de observación, apoyo de asesoramiento por persona que ha andado un camino similar brindado por un especialista en este tipo de apoyo, desintoxicación como paciente ambulatorio y en consulta externa) | Usted paga un copago de \$15 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Servicios de laboratorio⁽²⁾ | | |
| - Con base en centros/hospitales | El plan paga 100% | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| - Con base en consultorios o laboratorios independientes | Usted paga un copago de \$15 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Otros servicios diagnósticos (radiografías/imágenes por resonancia magnética/tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones/angiografías por resonancia magnética/mamografías, etc.)⁽²⁾ | | |
| - Con base en centros/hospitales | El plan paga 100% | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| - Con base en consultorios | El plan paga 100% | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |

| Servicios de terapia en consulta externa ⁽²⁾ | AETNA - CHOICE POS II DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|---|---|---|
| - Con base en centros/hospitales | El plan paga 100% | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| - Con base en consultorios o instalaciones independientes | Usted paga un copago de \$75 por visita | Después del deducible, el Plan paga 70% de los Cargos permitidos del Plan (1) |
| Notas/Requisitos del Plan: | | |
| Incorporados significa que puede satisfacer el "Deducible" familiar o el "Máximo Desembolso de su Bolsillo" familiar al satisfacer el monto con cualquier combinación de integrantes de su familia. Sin embargo, una sola persona no puede satisfacer más del monto por persona. | | |
| (1) En caso de todos los Servicios Fuera de la Red electivos y No de Emergencia, el Plan pagará los Cargos Permitidos del Plan, mismos que se basarán en el 110% en caso de servicios Profesionales y en el 140% en caso de Centros de Atención de la Escala de Valores Relativos Basada en los Recursos [Resource-based relative value scale (RBRVS)]/Medicare correspondiente al año en curso. Consulte la definición de Cargos Permitidos del Plan en la Descripción Resumida del Plan. | | |
| (2) Algunos servicios enumerados podrían requerir de Precertificación. Los Proveedores de la Red deben obtener la Precertificación para usted. Usted es responsable de la Precertificación correspondiente a todos los servicios que reciba de Proveedores Fuera de la Red. Se aplicará una multa del 50% del Cargo Permitido del Plan, hasta un máximo de \$10,000, si no se obtiene la Precertificación. Consulte el sitio de Internet del Plan en www.membershealthplannj.com para ver la lista completa de Precertificaciones. | | |
| Nota: Este resumen no pretende ser una lista completa de los servicios y no garantiza la cobertura. Una vez inscrito(a), se le proporcionará un Documento del Plan/Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description; SPD) con los detalles de todos los servicios cubiertos. | | |