

**RESUMEN DE P-10-15-250
PRESTACIONES Y TARIFA DE COPAGOS**

ESTA MATRIZ TIENE LA FUNCIÓN DE ASISTIRLE PARA COMPARAR LAS PRESTACIONES CUBIERTAS Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. POR FAVOR CONSULTE EN SU LIBRO DE CONSTANCIA DE COBERTURA Y EN EL CONTRATO DEL PLAN PARA OBTENER UNA EXPLICACIÓN DETALLADA DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS Y LAS LIMITANTES BAJO EL PLAN.

Deducible Anual:	<u>Ninguno</u>	Máximo Anual individual	\$6,350
Condiciones Preexistentes:	<u>Cubiertas</u>	Máximo Anual familiar	\$12,700
Tope Máximo de por vida:	<u>Ninguno</u>		

TIPO DE SERVICIO

CO-PAGO DEL PACIENTE (DÓLARES)

SERVICIOS QUE RINDE EL MÉDICO

Visitas al consultorio – Instalación IPA	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Servicios Quirúrgicos	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Asistente del Cirujano	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Anestesiólogo	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Exámenes Físicos Anuales	100% Cubierto, Sin Co-Pago

SERVICIOS DE PACIENTES AMBULATORIOS

Servicios de Laboratorio	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Servicios de Radiología	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Cuidados de Salud en Casa- Si es requerido, disponible solamente para cuidado de postoperación	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Terapia de Lenguaje, Física y Ocupacional	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Acupuntura	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Masaje Terapia Fisica	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Prótesis	100% Cubierto, Sin Co-Pago

SERVICIOS DE HOSPITAL

Cuarto de Hospital	\$100.00/dia Co-Pago
Unidad de Cuidados Intensivos	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Sala de Operaciones y de Recuperación	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Servicios Auxiliares	100% Cubierto, Sin Co-Pago

SERVICIOS DE URGENCIAS

En el Área del Plan (Mexico)

Servicios de Urgencias	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$25.00
Suministros y Cuarto de Tratamiento	100% Cubierto, Sin Co-Pago

Fuera del Área

Servicios de Urgencias	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$50.00
------------------------	--

SERVICIOS DE EMERGENCIAⁱ

Servicios de Emergencia Dentro y Fuera del Area	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$250.00 (Se condona el copago si usted es admitido al hospital) En base a cargos usuales
---	--

SERVICIOS DE AMBULANCIA

Servicios de Ambulancia	100% Cubierto, Sin Co-Pago
-------------------------	----------------------------

RECETAS MÉDICASⁱⁱ

Recetas Médicas (Medicinas) (Incluyendo insulina, glucagon, y medicinas recetadas para tratar la diabetes)	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$15.00
--	--

EQUIPO MEDICO DURADERO

Equipo Medico Duradero (incluye el equipo y los suministros para el cuidado y el tratamiento de la diabetes)	100% Cubierto, Sin Co-Pago
--	----------------------------

**TRATAMIENTO PARA LA SALUD DEL
COMPORTAMIENTO, SALUD MENTAL
Y ABUSO DE SUSTANCIAS (MH/SUD)**

Pacientes Ambulatorios (en la Red)

Visitas al consultorio

Salud mental – Visitas al consultorio	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Servicios para dependencias Químicas- Visitas al consultorio (incluyendo la evaluación ambulatoria y tratamiento para dependencia de sustancias químicas)	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Tratamiento de día de Abuso de SUD	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Abuso Individual de SUD y Grupo de Asesoramiento	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
MH Individual y Grupo de Evaluación y Terapia	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Monitoreo de Pacientes Ambulatorios del tratamiento farmacológico	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Pruebas psicológicas (cuando sea necesario para evaluar un trastorno mental)	100% Cubierto, Sin Co-Pago

Otros Artículos y Servicios

Salud Mental - en el casa aplica análisis conductual para el tratamiento del desarrollo generalizado de trastorno o autismo	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Programa Ambulatorio Intensivo (generalmente menos de 5 horas al día) – Condiciones de desorden de MH/SUD	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Programa de hospitalización parcial (generalmente mas de 5 horas al día) – Condiciones de desorden de MH/SUD	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Ambulancia sin Emergencia y transporte Psiquiátrico	100% Cubierto, Sin Co-Pago

Pacientes Internos (en la Red)

Servicios de Salud Mentales - Internos	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Servicios para dependencias químicas - Internos	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Desintoxicación de pacientes internos- Hospitalización para tratamiento médico de los síntomas de abstinencia, incluyendo alojamiento y comida, servicios médicos, medicamentos, servicios de recuperación de la dependencia, educación y consejería	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Tratamiento para los síntomas de abstinencia	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Observación psiquiátrica	100% Cubierto, Sin Co-Pago

CUIDADOS DE MATERNIDAD (En Instalaciones Participantes)

Consultas Prenatales y Postnatales	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Parto Incluyendo Cesárea	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Recién Nacido Incluyendo el Cuidado rutinario del bebé	100% Cubierto, Sin Co-Pago

SERVICIOS DE CUIDADOS PREVENTIVOS

Papanicolau	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Mamografía	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Inmunizaciones	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Métodos Anticonceptivos	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Probar y Tratamiento para Phenylketonuria	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Todas las Pruebas para detectar el Cáncer que cumplen con los estándares profesionalmente reconocidos, incluyendo las pruebas anuales para el cáncer cervical, las pruebas para el cáncer de próstata y cáncer de seno, incluyendo mamografías.	100% Cubierto, Sin Co-Pago

SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA VISIÓN

Visitas al Consultorio	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
Exámenes de la Vista	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00

Cirugía de los Ojos	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Lentes Pediatricos (incluyendo un par de marcos) o Lentes de Contacto	100% Cubierto, Sin Co-Pago

SERVICIOS PEDIATRICOS DENTALES

Diagnóstico y preventivo*	Sin Cargo
Relleno de amalgama- una superficie	\$5.00 Co-Pago
Conducto Radicular	\$30.00 Co-Pago
Gingivectomía por cuádruple	\$25.00 Co-Pago
Extraccion- solo diente, raiz expuesta o estallo	\$8.00 Co-Pago
Extraccion – hueso completa	\$50.00 Co-Pago
Corona- porcelana con metal	\$50.00 Co-Pago
Ortodoncia Medicamento Necesaria	\$1,000.00 Cargo por caso

* Diagnostico y servicios preventivos incluyen exámenes rayos-x, limpiezas y selladores.

Para una lista completa sobre servicios pediatricos dentales como beneficios esenciales de salud, por favor vea la divulgacion del Plan pediatrico dental.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Por favor de consultar su libro de Constancia de Cobertura para obtener una explicación de que no esta cubierto bajo el Plan

i

Para servicios de emergencia recibidos fuera de la Red de SIMNSA, el Miembro tiene que notificar al Plan dentro de las primeras 48 horas después de recibir los servicios, a menos que no sea razonablemente posible. El Plan revisará retrospectivamente los servicios para determinar si califican para cobertura.

ii

Se cubren medicamentos que sean determinados médicamente necesarios por su Medico Participante. Los medicamentos obtenidos de farmacias no-participantes en la Red de SIMNSA no están cubiertos al menos que se requieran para una emergencia cubierta.