

Aspectos Generales del Plan

60/5000/30% (\$9,100 / \$18,200)
PPO

Descripción del beneficio	Responsabilidad de los afiliados	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED ¹
Montos máximos del plan		
Desembolso máximo (combinado con medicamentos) (individual/familiar)	\$9,100/\$18,200	\$18,200/\$36,400
Deducible por año calendario (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$10,000/\$20,000
Coseguro	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Servicios profesionales		
Visita al consultorio del PCP ²	\$60, sin deducible	50%, se aplica el deducible
Visitas al consultorio de un especialista ²	\$80, sin deducible	50%, se aplica el deducible
Servicios de atención preventiva ²	\$0, sin deducible	50%, se aplica el deducible
Servicios de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado ³	\$0, sin deducible	Sin cobertura
Terapia de rehabilitación ⁴	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Procedimientos de rayos X ²	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Procedimientos de laboratorio ²	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Servicios de radiología compleja (tomografía computarizada, tomografía por emisión de fotón único, tomografía por emisión de positrones, ventriculografía nuclear y resonancia magnética)	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Servicios en centros		
Cirugía para pacientes ambulatorios (en un hospital)	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios (en un centro quirúrgico ambulatorio)	20%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Pacientes internados en hospital	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Centro de enfermería especializada (máximo de 100 días)	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Servicios de emergencia		
Atención de atención de urgencia	\$80, sin deducible	50%, se aplica el deducible
Sala de emergencias	\$100 + 30%, se aplica el deducible	\$100 + 30%, se aplica el deducible
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	\$50 + 30%, se aplica el deducible	\$50 + 30%, se aplica el deducible
Servicios de salud mental y para trastorno por abuso de sustancias		
Visita al consultorio para pacientes ambulatorios	\$60, sin deducible	50%, se aplica el deducible
Otros servicios para pacientes ambulatorios (incluye internación parcial, tratamiento de día y programas intensivos para pacientes ambulatorios)	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Pacientes internados	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Otros servicios		
Equipo médico duradero ²	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Equipos para diabéticos	30%, se aplica el deducible	50%, se aplica el deducible
Servicios de acupuntura	Cláusula adicional disponible	Cláusula adicional disponible
Servicios quiroprácticos	Cláusula adicional disponible	Cláusula adicional disponible

¹ El reembolso fuera de la red se calcula según el monto máximo permitido. La persona cubierta debe pagar los cargos que excedan los cargos máximos permitidos, además del coseguro indicado.

² Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y las pautas para la atención de salud preventiva en niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA).

³ El costo compartido mencionado es para los servicios brindados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Para todos los demás proveedores, el costo compartido de los servicios de telesalud es el mismo que el de los servicios en persona, según el tipo de servicio brindado.

⁴ La terapia de rehabilitación incluye fisioterapia y terapias del habla, laboral, de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación pulmonar.

Aviso de No Discriminación de Health Net

Este es solo un breve resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios cubiertos, las limitaciones ni las exclusiones. Consulte el Certificado de seguro para conocer todos los términos y condiciones de la cobertura. Los planes de HMO, EOA, POS, PPO y Salud con Health Net HMO son ofrecidos por Health Net of California, Inc. Health Net of California, Inc., es una subsidiaria de Health Net, LLC, y de Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.