

Planes HMO y HSP Individuales y Familiares del Intercambio

A través de Covered California™

Si desea obtener cobertura, ¡visite www.CoveredCA.com para solicitarla hoy mismo!



Health Net®

Este documento es sólo un resumen de su cobertura de la salud. Antes de su inscripción, usted tiene derecho a ver el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* (por sus siglas en inglés, EOC) del plan. Para obtener una copia de este documento, comuníquese con su agente autorizado de Health Net o con su representante de ventas de Health Net llamando al **1-877-609-8711**. El *Contrato del Plan y la EOC* del plan, que recibirá después de inscribirse, contienen los términos y condiciones, así como las disposiciones contractuales exactas que le rigen, de su cobertura de Health Net. Es importante que lea detenidamente este documento, y el *Contrato del Plan y la EOC* del plan cuando los reciba, especialmente todas las secciones que se aplican a las personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Las matrices de cobertura y beneficios de salud de este documento se incluyen para ayudarle a comparar los beneficios de la cobertura.

La cobertura descrita en este Formulario de Divulgación debe concordar con los requerimientos de cobertura de los Beneficios de Salud Esenciales en conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA). Los Beneficios de Salud Esenciales no están sujetos a ningún límite anual en dólares.

Los beneficios descritos en este Formulario de Divulgación no discriminan por motivos de raza, origen étnico, color, nacionalidad, ascendencia, sexo, identidad sexual, expresión sexual, edad, discapacidad, orientación sexual, información genética, estado civil, estado de pareja doméstica o religión, así como tampoco están sujetos a ningún período de exclusión ni de afecciones preexistentes.

Lea la siguiente información para saber de quién o de qué grupo de proveedores puede recibir cuidado de la salud.

Lea este aviso importante sobre el área de servicio del plan de salud Health Net HMO CommunityCare Network y la obtención de servicios de proveedores médicos y hospitalarios de CommunityCare Network

Excepto en los casos de atención de emergencia, los beneficios para los servicios médicos y hospitalarios conforme a este plan Health Net HMO CommunityCare Network (“CommunityCare Network”) sólo se encuentran disponibles si usted vive en el área de servicio de CommunityCare Network y usa un médico u hospital de CommunityCare Network. Cuando se inscribe en este plan CommunityCare Network, usted sólo puede

usar un médico u hospital que pertenezca a CommunityCare Network y debe elegir a un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de CommunityCare Network. Puede obtener servicios y suministros auxiliares, de farmacia o de salud del comportamiento cubiertos de parte de cualquier proveedor auxiliar, de farmacia o de salud del comportamiento participante de Health Net.

Obtención de servicios cubiertos conforme al plan Health Net HMO CommunityCare Network

Tipo de proveedor	Hospital	Médico	Proveedor auxiliar	Farmacia	Salud del comportamiento
Disponible de	¹ Sólo hospitales de CommunityCare Network	¹ Sólo médicos de CommunityCare Network	Todos los proveedores auxiliares contratados por Health Net	Todas las farmacias participantes de Health Net	Todos los proveedores de salud del comportamiento contratados por Health Net
<p>¹Los beneficios de este plan para los servicios médicos y hospitalarios sólo se encuentran disponibles para los servicios cubiertos recibidos de un médico u hospital de CommunityCare Network, excepto (1) en caso de atención requerida de urgencia fuera de un radio de 30 millas de su grupo médico y toda la atención de emergencia; (2) las remisiones a proveedores que no pertenecen a CommunityCare Network, que están cubiertas cuando son emitidas por su grupo médico de CommunityCare Network; y (3) los servicios cubiertos prestados por un proveedor que no pertenece a CommunityCare Network cuando Health Net los autoriza.</p>					

En el *Directorio de Proveedores de Health Net CommunityCare Network*, disponible en línea en www.healthnet.com, se indican el área de servicio y una lista de proveedores médicos y hospitalarios de CommunityCare Network. También puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-877-609-8711 para solicitar información sobre proveedores. El *Directorio de Proveedores de Health Net CommunityCare Network* es distinto de otros directorios de proveedores de Health Net.

Nota: No todos los médicos y hospitales que tienen contrato con Health Net son proveedores de CommunityCare Network. Sólo aquellos médicos y hospitales específicamente identificados como participantes de CommunityCare Network pueden proporcionar servicios conforme a este plan, excepto en los casos descritos en el cuadro anterior.

A menos que se indique específicamente lo contrario, el uso de los siguientes términos en este folleto se refiere únicamente a CommunityCare Network según se explicó más arriba.

- Health Net
- Área de servicio de Health Net
- Hospital
- Médico afiliado, grupo médico participante, médico de atención primaria, médico, proveedor participante, grupos médicos contratados y proveedores contratados

- Red
- Directorio de Proveedores

Si tiene alguna pregunta sobre el área de servicio de CommunityCare Network, la elección de su médico de atención primaria de CommunityCare Network, el acceso a la atención de especialistas o sus beneficios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711**.

Lea este aviso importante sobre el área de servicio del plan de salud Health Net PureCare HSP Network y la obtención de servicios de proveedores médicos y hospitalarios de PureCare Network

Excepto en los casos de atención de emergencia y atención requerida de urgencia, los beneficios para los servicios médicos y hospitalarios conforme a este plan Health Net PureCare HSP (“PureCare Network”) sólo se encuentran disponibles si usted vive en el área de servicio de PureCare HSP Network y usa un médico u hospital participante de PureCare Network. Cuando se inscribe en este plan PureCare Network, usted sólo puede

usar un médico u hospital participante que pertenezca a PureCare Network y debe elegir a un médico de atención primaria (PCP) de PureCare. Puede obtener servicios y suministros auxiliares, de farmacia o de salud del comportamiento cubiertos de parte de cualquier proveedor auxiliar, de farmacia o de salud del comportamiento participante de Health Net.

Obtención de servicios cubiertos conforme al plan Health Net PureCare HSP Network

Tipo de proveedor	Hospital	Médico	Proveedor auxiliar	Farmacia	Salud del comportamiento
Disponible de	¹ Sólo hospitales de PureCare Network	¹ Sólo médicos de PureCare Network	Todos los proveedores auxiliares contratados por Health Net	Todas las farmacias participantes de Health Net	Todos los proveedores de salud del comportamiento contratados por Health Net

¹Los beneficios de este plan para los servicios médicos y hospitalarios sólo se encuentran disponibles para los servicios cubiertos recibidos de parte de un médico u hospital participante de PureCare Network, excepto en caso de atención de emergencia y atención requerida de urgencia.

En el *Directorio de Proveedores de Health Net PureCare HSP Network*, disponible en línea en nuestro sitio Web www.healthnet.com, se indican el área de servicio y una lista de proveedores médicos y hospitalarios participantes de PureCare Network. También puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711** para solicitar información sobre proveedores. El *Directorio de Proveedores de Health Net PureCare HSP Network* es distinto de otros directorios de proveedores de Health Net.

Nota: No todos los médicos y hospitales que tienen contrato con Health Net son proveedores participantes de PureCare Network. Sólo aquellos médicos y hospitales específicamente identificados como proveedores participantes de PureCare Network pueden proporcionar servicios conforme a este plan, excepto en los casos descritos en el cuadro anterior.

A menos que se indique específicamente lo contrario, el uso de los siguientes términos en este folleto se refiere únicamente a PureCare Network según se explicó más arriba.

- Health Net
- Área de servicio de Health Net
- Hospital
- Médico de atención primaria, médico participante, médico, proveedor participante y proveedores contratados
- Red
- Directorio de Proveedores

Si tiene alguna pregunta sobre el área de servicio de PureCare Network, la elección de su médico de atención primaria, el acceso a la atención o sus beneficios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711**.

Cobertura Individual y Familiar de Health Net para usted y su familia

Health Net ofrece a las personas y familias las siguientes opciones de cobertura de cuidado de la salud:

HMO: Nuestros Planes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (por sus siglas en inglés, HMO) Individuales y Familiares están diseñados para las personas que desean que un solo médico coordine su atención médica con costos previsibles. Usted debe elegir a un médico principal, llamado médico de atención primaria (PCP), de nuestra red CommunityCare HMO. Su médico de atención primaria supervisa todo su cuidado de la salud y proporciona la remisión/autorización si se necesita atención de especialidades. Cuando elige uno de nuestros planes HMO, es posible que sólo use un médico u hospital que pertenezca a Health Net CommunityCare Network.

HSP: Nuestros Planes de Servicios de Cuidado de la Salud (por sus siglas en inglés, HSP) Individuales y Familiares están diseñados para las personas que desean consultar a cualquier médico o profesional para el cuidado de la salud participante sin obtener primero una remisión. Usted debe elegir a un médico de atención primaria de nuestra red PureCare HSP, pero puede ir directamente a cualquier proveedor participante de nuestra red en cualquier momento sin necesidad de una remisión. Cuando elige uno de nuestros planes HSP, es posible que sólo use un proveedor participante que pertenezca a Health Net PureCare Network.

¿Un plan HMO es adecuado para usted?

Con nuestros planes HMO, usted debe elegir a un médico de atención primaria. Su médico de atención primaria le proporcionará y coordinará su atención médica. Usted tiene derecho a designar a cualquier médico de atención primaria que participe en nuestra red Health Net CommunityCare, que tenga

un consultorio lo suficientemente cerca de su residencia para permitir un acceso razonable a la atención médica y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares, sujeto a los requisitos del grupo médico. Para los niños, se puede designar a un pediatra como el médico de atención primaria. Hasta que usted haga la designación de su médico de atención primaria, Health Net designará uno por usted. La información sobre cómo seleccionar un médico de atención primaria y una lista de los médicos de atención primaria participantes en el área de servicio de Health Net CommunityCare se encuentran disponibles en el sitio web de Health Net en www.healthnet.com. También puede llamar al **1-877-609-8711** para solicitar información sobre proveedores, o comunicarse con su agente de seguro médico autorizado de Health Net.

Su médico de atención primaria supervisa todo su cuidado de la salud y proporciona la remisión/autorización si se necesita atención de especialidades. Los médicos de atención primaria incluyen a médicos de medicina general y familiar, internistas, pediatras y obstetras/ginecólogos. Muchos servicios requieren sólo un copago fijo de su parte. Para obtener un servicio de cuidado de la salud, simplemente presente su tarjeta de identificación y pague el copago correspondiente.

Primero debe comunicarse con su médico de atención primaria para realizar la consulta y el tratamiento iniciales antes de recibir cualquier atención o tratamiento a través de un hospital, un especialista u otro proveedor de cuidado de la salud, excepto las consultas al obstetra/ginecólogo, según se establece más adelante. Su médico de atención primaria debe autorizar todos los tratamientos recomendados por dichos proveedores.

Usted no necesita la autorización previa (HMO) o la certificación previa (HSP) de Health Net ni de ninguna otra persona (incluido un médico de atención primaria) para obtener acceso a la

atención de obstetricia o ginecología de parte de un profesional para el cuidado de la salud de nuestra red que se especialice en dicha atención. Sin embargo, el profesional para el cuidado de la salud posiblemente deba cumplir con determinados procedimientos, como obtener la autorización previa (HMO) o la certificación previa (HSP) para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o seguir los procedimientos para realizar remisiones. En el sitio web de Health Net, www.healthnet.com, se encuentra disponible una lista de los profesionales para el cuidado de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología. También puede llamar al **1-877-609-8711** para solicitar información sobre proveedores, o comunicarse con su agente de seguro médico autorizado de Health Net. Para obtener información sobre cómo recibir atención para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas, consulte la sección “Servicios para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas” de este documento.

Su médico de atención primaria pertenece a un grupo más grande de profesionales para el cuidado de la salud, llamado grupo médico participante. Si usted necesita la atención de un especialista, su médico de atención primaria le remite a uno dentro de este grupo.

¿Un plan HSP es adecuado para usted?

Con el plan HSP de Health Net, puede ir directamente a cualquier proveedor participante de PureCare HSP. Simplemente busque el proveedor que desea consultar en el *Directorio de Proveedores Participantes de Health Net PureCare HSP* y programe una cita. Los proveedores participantes aceptan una tasa especial, llamada tasa contratada, como pago total. Su parte de los costos se basa en esa tasa contratada. Todos los beneficios de un plan HSP (excepto la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia) deben ser proporcionados por un proveedor participante para estar cubiertos.

Creemos que mantener una relación continua con un médico que le conoce bien y en quien

usted confía es una parte importante de un buen programa de cuidado de la salud. Es por eso que, con PureCare HSP, usted debe seleccionar un médico de atención primaria para usted y cada uno de sus familiares. Cuando seleccione un médico de atención primaria, elija a un médico participante que se encuentre lo suficientemente cerca de su residencia para permitir un acceso razonable a la atención médica. La información sobre cómo seleccionar un médico de atención primaria y una lista de los médicos participantes en el área de servicio de Health Net PureCare HSP se encuentran disponibles en el sitio web de Health Net en www.healthnet.com. También puede llamar al **1-877-609-8711** para solicitar información sobre proveedores, o comunicarse con su agente de seguro médico autorizado de Health Net. Los médicos de atención primaria incluyen a médicos de medicina general y familiar, internistas, pediatras y obstetras/ginecólogos.

Algunos de los gastos cubiertos conforme al plan PureCare HSP están sujetos a un requisito de certificación para que no se aplique una multa por falta de certificación. Consulte la sección “Requisitos de certificación para los planes HSP únicamente” de la página siguiente.

Deducible por año calendario

En algunos planes HMO y HSP, para determinados servicios, se requiere un deducible por año calendario, que se aplica al desembolso máximo. Si desea obtener información específica, consulte las grillas de beneficios. Usted debe pagar una cantidad de gastos cubiertos para ciertos servicios igual al deducible por año calendario antes de que su plan pague los beneficios. Después de alcanzar el deducible, usted seguirá siendo responsable, desde el punto de vista financiero, de pagar cualquier otro copago aplicable hasta que alcance el desembolso máximo individual o familiar. Si usted es un afiliado que forma parte de una familia de dos o más afiliados, alcanza el deducible cuando cumple con la cantidad para cualquiera de los afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su familia alcanza la cantidad familiar. Los deducibles familiares son iguales a dos veces el deducible individual.

Desembolso máximo

Los copagos y deducibles que usted o sus familiares pagan por los servicios y suministros cubiertos se aplican al desembolso máximo (por sus siglas en inglés, OOPM) individual o familiar. El OOPM familiar es igual a dos veces el OOPM individual. Después de que usted o sus familiares alcancen su OOPM, no pagará ninguna cantidad adicional por los servicios y suministros cubiertos durante el resto del año calendario. Una vez que uno de los familiares alcance el OOPM individual, el resto de los familiares inscritos deberá continuar pagando los copagos y deducibles hasta que (a) el total de dichos copagos y deducibles pagados por la familia alcance el OOPM familiar o (b) cada familiar inscrito alcance, de manera individual, el OOPM individual. Usted es responsable de todos los cargos relacionados con los servicios o suministros no cubiertos por el plan de salud. Los pagos por servicios o suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este OOPM anual. Para los planes HSP, las multas pagadas por los servicios que no fueron certificados según lo requerido no se aplican al OOPM anual (consulte “Requisitos de certificación para los planes HSP únicamente” en esta página). Para que se aplique el OOPM familiar, usted y sus familiares deben estar inscritos como una familia.

Requisitos de certificación para los planes HSP únicamente

Para los planes HSP, determinados servicios cubiertos requieren la revisión y aprobación, llamada certificación, de Health Net (para una afección médica) o del administrador (para trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas), antes de que se obtengan. Si estos servicios no se certifican antes de recibirse, usted será responsable de pagar una multa por falta de certificación de \$250. Estas multas no se aplican a su desembolso máximo.

De vez en cuando podemos revisar la lista de certificación previa. Cualquier cambio

que realicemos, incluyendo incorporaciones y eliminaciones de la lista de certificación previa, se les comunicará a los proveedores participantes y se publicará en el sitio web www.healthnet.com. La certificación NO constituye una determinación de beneficios. Es posible que algunos de estos servicios o suministros no estén cubiertos por su plan. Aun cuando un servicio o suministro esté certificado, las reglas de elegibilidad y las limitaciones de beneficios serán igualmente válidas. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

Los servicios que requieren certificación incluyen:

1. Admisiones de pacientes hospitalizados¹
Cualquier tipo de centro, incluyendo entre otros:
 - Centro de rehabilitación para afecciones agudas
 - Centro para el abuso de sustancias
 - Centro de cuidado de enfermos terminales
 - Hospital
 - Centro de salud del comportamiento
 - Centro de enfermería especializada
2. Paracentesis abdominal (cuando se realiza en un hospital)
3. Ambulancia: servicios de ambulancia aérea o terrestre que no son de emergencia
4. Análisis del comportamiento aplicado (por sus siglas en inglés, ABA) y otras formas de tratamiento de salud del comportamiento (por sus siglas en inglés, BHT) para el autismo y los trastornos generalizados del desarrollo.
 - Se requiere notificación, certificación del diagnóstico y plan de tratamiento para los 6 primeros meses; después de los 6 meses, se requiere certificación previa para determinar la continuidad de la necesidad médica

¹No se requiere certificación para el período de hospitalización en el caso de cirugía reconstructiva como resultado de una mastectomía (incluyendo la mastectomía parcial) ni para diálisis renal. Tampoco se requiere certificación para el período de hospitalización para las primeras 48 horas posteriores a un parto normal o 96 horas posteriores a un parto por cesárea ni para el tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo.

5. Cirugía de espalda
6. Procedimientos bariátricos
7. Blefaroplastia (incluye ptosis de ceja)
8. Reducción y aumento de senos
9. Cirugía de túnel carpiano (cuando se realiza en un hospital)
10. Cirugía de cataratas (cuando se realiza en un hospital)
11. Implantes de condrocitos
12. Reconstrucción de paladar hendido, incluyendo servicios dentales y de ortodoncia
13. Estudios clínicos
14. Implantes cocleares
15. Aparatos ortóticos hechos a la medida
16. Dermatología: procedimientos para pacientes hospitalizados
 - Inyecciones cutáneas e implantes
 - Dermoabrasión/descamación química
 - Tratamiento con láser
 - Exfoliación química y electrólisis
17. Equipo médico duradero:
 - Estimulador de crecimiento de los huesos
 - Dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (por sus siglas en inglés, CPAP)
 - Artículos hechos a la medida
 - Camas de hospital
 - Sillas de ruedas eléctricas
 - Escúteres
18. Contrapulsación externa aumentada (por sus siglas en inglés, EECP)
19. Cesárea electiva
20. Extirpación, exceso de piel y tejido subcutáneo (incluyendo lipectomía y paniculectomía) en abdomen, muslos, caderas, piernas, glúteos, antebrazos, brazos, manos, almohadilla de grasa localizada en la región submentoniana y otras zonas
21. Servicios experimentales/de investigación y nuevas tecnologías
22. Pruebas genéticas
23. Reparación de hernia (cuando se realiza en un hospital)
24. Liposucción
25. Biopsia del hígado (cuando se realiza en un hospital)
26. Mastectomía para ginecomastia
27. Estimulador nervioso o de la médula espinal
28. Terapia ocupacional y del habla (incluye sesiones en el hogar)
29. Servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección con el mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido
30. Procedimientos ortognáticos (incluye tratamiento de la articulación temporomandibular [por sus siglas en inglés, TMJ])
31. Otoplastia
32. Procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios:
 - Cateterismo cardíaco
 - Tomografía (por sus siglas en inglés, CT)
 - Ecocardiografía
 - Angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA)
 - Imágenes por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI)
 - Procedimientos de cardiología nuclear, incluyendo tomografía por emisión de fotón único (por sus siglas en inglés, SPECT)
 - Tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET)
 - Estudios del sueño
33. Productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios
 - Medicamentos auto inyectables
 - Determinados medicamentos administrados por el médico, ya sea

- que se administren en el consultorio de un médico, en un centro de infusión independiente, en un centro quirúrgico ambulatorio, en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios o en un hospital para pacientes ambulatorios. Consulte el sitio web de Health Net, www.healthnet.com, para obtener una lista de los medicamentos administrados por el médico que requieren certificación.
34. Fisioterapia y acupuntura para pacientes ambulatorios (que excedan las 12 consultas, incluye sesiones en el hogar).
 35. Prótesis, artículos que exceden los \$2,500 en cargos facturados
 36. Radioterapia
 37. Rinoplastia
 38. Septoplastia
 39. Tonsilectomía y adenectomía (cuando se realizan en un hospital)
 40. Reemplazos totales de articulaciones (cadera, rodilla, hombro y tobillo)
 41. Servicios relacionados con trasplantes
 42. Servicios para cambio de sexo
 43. Tratamiento de venas varicosas
 44. Endoscopia gastrointestinal (por sus siglas en inglés, GI) superior e inferior (cuando se realiza en un hospital)
 45. Procedimientos urológicos (cuando se realizan en un hospital)
 46. Uvulopalatofaringoplastia (por sus siglas en inglés, UPPP) y UPPP asistida por láser
 47. Vermilionectomía con avance de mucosa
 48. Vestibuloplastia
 49. Procedimiento X-STOP

Acceso oportuno a servicios de cuidado de la salud que no son de emergencia

El Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC) de California ha emitido reglamentaciones (Título 28, Sección 1300.67.2.2) con requisitos para un acceso oportuno a los servicios de cuidado de la salud que no son de emergencia.

Puede comunicarse con Health Net al número que aparece en la contraportada, los 7 días de la semana, las 24 horas del día para acceder a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención. Health Net brinda acceso a servicios de cuidado de la salud cubiertos de manera oportuna.

Para obtener información adicional, consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del Plan HMO o HSP Individual y Familiar del Intercambio, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Resumen del Plan – Health Net Platinum 90 HMO

CommunityCare HMO está disponible a través de Covered California en los condados de Los Angeles, Orange Diego, así como en ciertas regiones de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Máximo ilimitado de por vida	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$4,000 individual / \$8,000 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ²	\$15
Consulta con un especialista ²	\$40
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ³	\$15
Servicios de atención preventiva ^{2,4}	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$40
Pruebas de laboratorio	\$20
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$150
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$15
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios	\$250 por centro / \$40 por médico
Servicios hospitalarios	
Centro hospitalario para pacientes internados (incluye maternidad)	\$250/día (hasta 5 días) por centro / \$40 ⁵ por médico
Atención de enfermería especializada	\$150/día, hasta 5 días ⁶
Servicios de emergencia	
Servicios de sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$150 por centro / \$0 por médico
Atención de urgencia	\$15
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$150
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁷	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	\$250/día (hasta 5 días) por centro / \$40 por médico
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	\$15 por visita al consultorio / \$0 por otro servicio que no sea visita al consultorio
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$20
Otros servicios	
Equipo médico duradero	10%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) ⁸	10% hasta \$250/receta
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica ^{9,10,11,12} (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$15
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$25
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹³	10% hasta \$250/receta
Cobertura dental pediátrica¹⁴ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Cobertura de la vista pediátrica¹⁵	
Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a este plan por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por “Servicios de atención preventiva”. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

³Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁴Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁵Se aplica un solo copago por servicios del médico/cirujano para pacientes internados por cada hospitalización para pacientes internados. El copago por servicios del médico/cirujano para pacientes internados se cobrará al mismo tiempo que el copago por servicios en centros hospitalarios para pacientes internados. No hay copago adicional después de los 5 primeros días de una hospitalización continua.

⁶No hay copago adicional después de los 5 primeros días de una hospitalización continua en un centro de enfermería especializada.

⁷Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁸Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁹Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

¹⁰Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹¹Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹²La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹³Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con “SP” en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁴Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁵Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Gold 80 HMO

CommunityCare HMO está disponible a través de Covered California en los condados de Los Angeles, Orange y San Diego, así como en ciertas regiones de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Máximo ilimitado de por vida	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,750 individual / \$13,500 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ²	\$30
Consulta con un especialista ²	\$55
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ³	\$30
Servicios de atención preventiva ^{2,4}	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$55
Pruebas de laboratorio	\$35
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$275
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$30
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios	\$600 por centro / \$55 por médico
Servicios hospitalarios	
Centro hospitalario para pacientes internados (incluye maternidad)	Centro: \$600/día, hasta 5 días; Médico: \$55 ⁵
Atención de enfermería especializada	\$300/día, hasta 5 días ⁶
Servicios de emergencia	
Servicios de sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$325 por centro / \$0 por médico
Atención de urgencia	\$30
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁷	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	Centro: \$600/día, hasta 5 días; Médico: \$55
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$30 / Otro servicio que no sea visita al consultorio: \$0
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$30
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) ⁸	20% hasta \$250/receta
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{9,10,11,12} (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$55
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$75
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹³	20% hasta \$250/receta
Cobertura dental pediátrica¹⁴ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Cobertura de la vista pediátrica¹⁵ Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a este plan por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

³Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁴Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁵Se aplica un solo copago por servicios del médico/cirujano para pacientes internados por cada hospitalización para pacientes internados. El copago por servicios del médico/cirujano para pacientes internados se cobrará al mismo tiempo que el copago por servicios en centros hospitalarios para pacientes internados. No hay copago adicional después de los 5 primeros días de una hospitalización continua.

⁶No hay copago adicional después de los 5 primeros días de una hospitalización continua en un centro de enfermería especializada.

⁷Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁸Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁹Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

¹⁰Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹¹Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹²La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos se despacharán cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹³Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁴Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁵Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 70 HMO

CommunityCare HMO está disponible a través de Covered California en los condados de Los Angeles, Orange y San Diego, así como en ciertas regiones de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ²	\$2,500 individual / \$5,000 familiar
Desembolso máximo (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ³	\$35 (sin deducible)
Consulta con un especialista ³	\$70 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁴	\$35 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{3,5}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$70 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$300 (sin deducible)
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$35 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Centro hospitalario para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia	
Servicios de sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$350 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$35 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁶	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$35 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 20% hasta \$35 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$45 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁷ (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta (se aplica el ded. por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{8,9,10,11,12}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$55 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$80 (se aplica el deducible por receta)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹³	20% hasta \$250/receta después del deducible por receta
Cobertura dental pediátrica ¹⁴ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁵ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a este plan por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

³Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁴Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁵Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración Federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁶Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁷Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁸Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

⁹Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹⁰El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a los medicamentos que requieren receta médica del Nivel I. Por todos los demás medicamentos que requieren receta médica, el deducible por medicamentos que requieren receta médica (por año calendario) se debe pagar antes de que Health Net comience a pagar. Si usted es un afiliado que forma parte de una familia de dos o más afiliados, alcanza el deducible por medicamentos que requieren receta médica cuando

cumple con la cantidad para cualquiera de los afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su familia alcanza la cantidad familiar. El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a medidores de flujo espiratorio máximo y espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma, ni a suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante, así como tampoco se aplica a medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

¹¹Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹²La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos se despacharán cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹³Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁴Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁵Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 94 HMO

CommunityCare HMO está disponible a través de Covered California en los condados de Los Angeles, Orange y San Diego, así como en ciertas regiones de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ²	\$75 individual / \$150 familiar
Desembolso máximo (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,350 individual / \$4,700 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ³	\$5 (sin deducible)
Consulta con un especialista ³	\$8 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁴	\$5 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{3,5}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$8 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$8 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$50 (sin deducible)
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$5 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios (Cirugía para pacientes ambulatorios) (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	10% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Centro hospitalario para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Atención de enfermería especializada	10%
Servicios de emergencia	
Servicios de sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$50 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$5 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$30
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁶	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	10%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$5 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 10% hasta \$5 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$3 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	10% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁷ (que no sean la insulina)	10% hasta \$150/receta (sin ded. por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{8,9,10,11,12} Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	Ninguno
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$3 (sin deducible)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$10 (sin deducible)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$15 (sin deducible)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹³	10% hasta \$150/receta (sin ded.)
Cobertura dental pediátrica ¹⁴ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁵ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a este plan por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

³Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁴Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁵Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁶Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁷Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁸Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

⁹Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹⁰El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a los medicamentos que requieren receta médica del Nivel I. Por todos los demás medicamentos que requieren receta médica, el deducible por medicamentos que requieren receta médica (por año calendario) se debe pagar antes de que Health Net comience a pagar. Si usted es un afiliado que forma parte de una familia de dos o más

afiliados, alcanza el deducible por medicamentos que requieren receta médica cuando cumple con la cantidad para cualquiera de los afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su familia alcanza la cantidad familiar. El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a medidores de flujo espiratorio máximo y espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma, ni a suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante, así como tampoco se aplica a medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

¹¹Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es medicamento necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹²La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos se despacharán cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹³Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁴Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁵Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 87 HMO

CommunityCare HMO está disponible a través de Covered California en los condados de Los Angeles, Orange y San Diego, así como en ciertas regiones de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ²	\$650 individual / \$1,300 familiar
Desembolso máximo (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,350 individual / \$4,700 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ³	\$10 (sin deducible)
Consulta con un especialista ³	\$25 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁴	\$10 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{3,5}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$25 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$15 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$100 (sin deducible)
Terapia de rehabilitación y habilitación	\$10 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	15% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Centro hospitalario para pacientes internados (incluye maternidad)	15%
Atención de enfermería especializada	15%
Servicios de emergencia	
Servicios de sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$100 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$10 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$75
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁶	
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	15%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$10 (sin ded.) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 15% hasta \$10 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$15 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	15% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁷ (que no sean la insulina)	15% hasta \$150/receta (se aplica el ded. por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{8,9,10,11,12}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$50 individual / \$100 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$20 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$35 (se aplica el deducible por receta)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹³	15% hasta \$150/receta después del deducible por receta
Cobertura dental pediátrica ¹⁴ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁵ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a este plan por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

³Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁴Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁵Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁶Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁷Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁸Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

⁹Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹⁰El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a los medicamentos que requieren receta médica del Nivel I. Por todos los demás medicamentos que requieren receta médica, el deducible por medicamentos que requieren receta médica (por año calendario) se debe pagar antes de que Health Net comience a pagar. Si usted es un afiliado que forma parte de una familia de dos o más

afiliados, alcanza el deducible por medicamentos que requieren receta médica cuando cumple con la cantidad para cualquiera de los afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su familia alcanza la cantidad familiar. El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a medidores de flujo espiratorio máximo y espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma, ni a suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante, así como tampoco se aplica a medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

¹¹Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹²La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos se despacharán cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹³Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁴Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁵Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 73 HMO

CommunityCare HMO está disponible a través de Covered California en los condados de Los Angeles, Orange y San Diego, así como en ciertas regiones de los condados de Kern, Riverside y San Bernardino.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ²	\$2,200 individual / \$4,400 familiar
Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$5,700 individual / \$11,400 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ³	\$30 (sin deducible)
Consulta con un especialista ³	\$55 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁴	\$30 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{3,5}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$65 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$300 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$30 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$350 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$30 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁶	
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$30 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 20% hasta \$30 (sin ded.)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$40 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁷ (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta (después del deducible por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{8,9,10,11,12}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$50 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$75 (se aplica el deducible por receta)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ¹
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹³	20% hasta \$250/receta (después del deducible por receta)
Cobertura dental pediátrica ¹⁴ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁵ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a este plan por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Estos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

³Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁴Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁵Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁶Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁷Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁸Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

⁹Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹⁰El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a los medicamentos que requieren receta médica del Nivel I. Por todos los demás medicamentos que requieren receta médica, el deducible por medicamentos que requieren receta médica (por año calendario) se debe pagar antes de que Health Net

comience a pagar. Si usted es un afiliado que forma parte de una familia de dos o más afiliados, alcanza el deducible por medicamentos que requieren receta médica cuando cumple con la cantidad para cualquiera de los afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su familia alcanza la cantidad familiar. El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a medidores de flujo espiratorio máximo y espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma, ni a suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante, así como tampoco se aplica a medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

¹¹Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹²La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos se despacharán cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹³Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁴Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁵Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Platinum 90 HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Madera, Sacramento y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Nevada, Placer y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$4,000 individual / \$8,000 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ³	\$15
Consulta con un especialista ³	\$40
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁴	\$15
Servicios de atención preventiva ^{3,5}	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$40
Pruebas de laboratorio	\$20
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	10%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$15
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	10%
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Atención de enfermería especializada	10%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$150 por centro / 10% por médico
Atención de urgencia	\$15
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$150
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁶	
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	10%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$15 Otro servicio que no sea visita al consultorio: 10% hasta \$15
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	10%
Otros servicios	
Equipo médico duradero	10%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables ⁷ (que no sean la insulina)	10% hasta \$250/receta
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{8,9,10,11}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$15
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$25
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹²	10% hasta \$250/receta

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Cobertura dental pediátrica ¹³ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁴ Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹ En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

² Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³ Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁴ Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁵ Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁶ Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁷ Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁸ Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

⁹ Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹⁰ Los medicamentos preventivos y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹¹ La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com. Los medicamentos genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹² Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹³ Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁴ Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Gold 80 HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Madera, Sacramento y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Nevada, Placer y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario	Ninguno
Desembolso máximo (Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,750 individual / \$13,500 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ³	\$30
Consulta con un especialista ³	\$55
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁴	\$30
Servicios de atención preventiva ^{3,5}	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$55
Pruebas de laboratorio	\$35
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	20%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$30
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20%
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$325 por centro / \$0 por médico
Atención de urgencia	\$30
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁶	
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$30 Otro servicio que no sea visita al consultorio: 20% hasta \$30
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	20%
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0
Medicamentos auto inyectables ⁷ (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{8,9,10,11}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$55
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$75
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹²	20% hasta \$250/receta

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Cobertura dental pediátrica ¹³ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁴ Examen de la vista de rutina	\$0
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por “Servicios de atención preventiva”. Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁴Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁵Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁶Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁷Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁸Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

⁹Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹⁰Los medicamentos preventivos y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹¹La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca, incluyendo los Medicamentos Especializados, que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹²Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con “SP” en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹³Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁴Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 70 HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Madera, Sacramento y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Nevada, Placer y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ³	\$2,500 individual / \$5,000 familiar
Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ⁴	\$35 (sin deducible)
Consulta con un especialista ⁴	\$70 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁵	\$35 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{4,6}	\$0
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$70 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$300 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$35 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$350 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$35 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁷	
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$35 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 20% hasta \$35 (sin deducible)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$45 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁸ (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta (después del deducible por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{9,10,11,12,13}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$55 (sin deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$80 (se aplica el deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹⁴	20% hasta \$250/receta (después del deducible por receta)
Cobertura dental pediátrica¹⁵ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁶ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, incluyendo los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

⁴Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con atención preventiva, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁵Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁶Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁷Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁸Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁹Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

¹⁰Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹¹El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a los medicamentos que requieren receta médica del Nivel I. Por todos los demás medicamentos que requieren receta médica, el deducible por medicamentos que

requieren receta médica (por año calendario) se debe pagar antes de que Health Net comience a pagar. Si usted es un Afiliado que forma parte de una Familia de dos o más Afiliados, alcanza el Deducible por Medicamentos que Requieren Receta Médica cuando cumple con la cantidad para cualquiera de los Afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su Familia alcanza la cantidad Familiar. El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a medidores de flujo espiratorio máximo y espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma, ni a suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante, así como tampoco se aplica a medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

¹²Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹³La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹⁴Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁵Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁶Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 94 HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Madera, Sacramento y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Nevada, Placer y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ³	\$75 individual / \$150 familiar
Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,350 individual / \$4,700 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ⁴	\$5 (sin deducible)
Consulta con un especialista ⁴	\$8 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁵	\$5 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{4,6}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$8 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$8 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$50 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$5 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	10% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	10%
Atención de enfermería especializada	10%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$50 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$5 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$30
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁷	
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	10%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$5 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 10% hasta \$5 (sin deducible)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$3 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	10% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁸ (que no sean la insulina)	10% hasta \$150/receta (sin deducible por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{9,10,11,12}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	Ninguno
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$3 (sin deducible)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$10 (sin deducible)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$15 (sin deducible)
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹³	10% hasta \$150/receta (sin deducible)
Cobertura dental pediátrica ¹⁴ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁵ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, incluyendo los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

⁴Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con atención preventiva, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁵Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁶Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁷Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁸Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁹Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

¹⁰Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹¹Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es medicamento necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹²La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹³Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁴Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁵Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 87 HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Madera, Sacramento y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Nevada, Placer y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ³	\$650 individual / \$1,300 familiar
Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$2,350 individual / \$4,700 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ⁴	\$10 (sin deducible)
Consulta con un especialista ⁴	\$25 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁵	\$10 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{4,6}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$25 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$15 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$100 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$10 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	15% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	15%
Atención de enfermería especializada	15%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$100 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$10 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$75
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁷ S	
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	15%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$10 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 15% hasta \$10 (sin deducible)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$15 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	15% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁸ (que no sean la insulina)	15% hasta \$150/receta (se aplica el deducible por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{9,10,11,12,13}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$50 individual / \$100 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$5 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$20 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$35 (se aplica el deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹⁴	15% hasta \$150/receta (después del deducible por receta)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Cobertura dental pediátrica ¹⁵ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁶ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, incluyendo los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

⁴Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con atención preventiva, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁵Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁶Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁷Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁸Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁹Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un periodo de hasta 30 días.

¹⁰Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹¹El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a los medicamentos que requieren receta médica del Nivel I. Por todos los demás medicamentos que requieren receta médica, el deducible por medicamentos que

requieren receta médica (por año calendario) se debe pagar antes de que Health Net comience a pagar. Si usted es un Afiliado que forma parte de una Familia de dos o más Afiliados, alcanza el Deducible por Medicamentos que Requieren Receta Médica cuando cumple con la cantidad para cualquiera de los Afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su Familia alcanza la cantidad Familiar. El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a medidores de flujo espiratorio máximo y espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma, ni a suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante, así como tampoco se aplica a medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

¹²Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹³La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹⁴Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁵Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁶Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Silver 73 HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Madera, Sacramento y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Nevada, Placer y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan	
Deducible por año calendario ³	\$2,200 individual / \$4,400 familiar
Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$5,700 individual / \$11,400 familiar
Servicios profesionales	
Copago por visita al consultorio ⁴	\$30 (sin deducible)
Consulta con un especialista ⁴	\$55 (sin deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁵	\$30 (sin deducible)
Servicios de atención preventiva ^{4,6}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	\$65 (sin deducible)
Pruebas de laboratorio	\$35 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	\$300 (sin deducible)
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$30 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios	
Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	20% (sin deducible)
Servicios hospitalarios	
Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	20%
Atención de enfermería especializada	20%
Servicios de emergencia	
Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	\$350 por centro (sin deducible) / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	\$30 (sin deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	\$250
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁷	
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	20%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$30 (sin deducible) Otro servicio que no sea visita al consultorio: 20% hasta \$30 (sin deducible)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	\$40 (sin deducible)
Otros servicios	
Equipo médico duradero	20% (sin deducible)
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁸ (que no sean la insulina)	20% hasta \$250/receta (después del deducible por receta)
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{9,10,11,12,13}	
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante)	
Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$250 individual / \$500 familiar
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$15 (sin deducible por receta)
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$50 (se aplica el deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$75 (se aplica el deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹⁴	20% hasta \$250/receta (después del deducible por receta)
Cobertura dental pediátrica¹⁵ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁶ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, incluyendo los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

⁴Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con servicios preventivos, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁵Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁶Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁷Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁸Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

⁹Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

¹⁰Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹¹El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a los medicamentos que requieren receta médica del Nivel I. Por todos los demás

medicamentos que requieren receta médica, el deducible por medicamentos que requieren receta médica (por año calendario) se debe pagar antes de que Health Net comience a pagar. Si usted es un Afiliado que forma parte de una Familia de dos o más Afiliados, alcanza el Deducible por Medicamentos que Requieren Receta Médica cuando cumple con la cantidad para cualquiera de los Afiliados, de manera individual, o bien, cuando toda su Familia alcanza la cantidad Familiar. El deducible por medicamentos que requieren receta médica no se aplica a medidores de flujo espiratorio máximo y espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma, ni a suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante, así como tampoco se aplica a medicamentos preventivos y anticonceptivos para la mujer. Los gastos cubiertos de medicamentos que requieren receta médica corresponden a la tasa de farmacia contratada de Health Net o al precio de venta minorista de la farmacia para los medicamentos que requieren receta médica cubiertos, lo que sea menor.

¹²Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹³La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹⁴Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁵Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁶Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Bronze 60 HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan Deducible por año calendario ³	\$6,300 individual / \$12,600 familiar
Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$6,800 individual / \$13,600 familiar
Servicios profesionales Copago por visita al consultorio ⁴	Consultas 1 a 3: \$75 (sin deducible) ⁵ / Consulta 4 en adelante: \$75 (se aplica el deducible)
Consulta con un especialista ⁴	Consultas 1 a 3: \$105 (sin deducible) ⁵ / Consulta 4 en adelante: \$105 (se aplica el deducible)
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁶	Consultas 1 a 3: \$75 (sin deducible) ⁵ / Consulta 4 en adelante: \$75 (se aplica el deducible)
Servicios de atención preventiva ^{4,7}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	100%
Pruebas de laboratorio	\$40 (sin deducible)
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	100%
Servicios de rehabilitación y habilitación	\$75 (sin deducible)
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	100%
Servicios hospitalarios Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	100%
Atención de enfermería especializada	100%
Servicios de emergencia Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	100% por centro / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	Consultas 1 a 3: \$75 (sin deducible) ⁵ / Consulta 4 en adelante: \$75 (se aplica el deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	100%
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁸ Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	100%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visita al consultorio: \$75 (sin deducible) / Otro servicio que no sea visita al consultorio: 100% hasta \$75 (sin deducible)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	100%
Otros servicios Equipo médico duradero	100%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	\$0 (sin deducible)
Medicamentos auto inyectables ⁹ (que no sean la insulina)	100% hasta \$500/receta (después del deducible por receta)
Covertura de medicamentos que requieren receta médica^{10,11,12,13} Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	\$500 individual / \$1,000 familiar
Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	100% hasta \$500/receta (después del deducible por receta)

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	100% hasta \$500/receta (después del deducible por receta)
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	100% hasta \$500/receta (después del deducible por receta)
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹⁴	100% hasta \$500/receta (después del deducible por receta)
Cobertura dental pediátrica¹⁵ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica¹⁶ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año (sin deducible)

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, incluyendo los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

⁴Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con atención preventiva, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁵El deducible por año calendario se aplica después de las 3 primeras consultas no preventivas. Las consultas no preventivas incluyen consultas de atención de urgencia, y visitas al consultorio con un especialista, un médico, un asistente médico, una enfermera especializada con práctica médica y otro profesional, o bien, visitas postnatales al consultorio.

⁶Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁷Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁸Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁹Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

¹⁰Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

¹¹Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹²Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹³La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹⁴Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁵Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁶Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Resumen del Plan – Health Net Minimum Coverage HSP

PureCare HSP está disponible a través de Covered California en los condados de Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Sacramento, San Diego y Yolo, así como en ciertas regiones de los condados de El Dorado, Fresno, Kern, Nevada, Placer, Riverside, San Bernardino y Santa Clara.

EL OBJETIVO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE LA UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA, PERO ES SÓLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Las cantidades de copago detalladas a continuación son los honorarios que se le cobran a usted por los servicios cubiertos que recibe. Los copagos pueden ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje del costo de Health Net por el servicio o suministro, y son acordados previamente por Health Net y el proveedor contratado. Los copagos fijos en dólares deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos en porcentajes generalmente se facturan una vez que se recibe el servicio.

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Máximo ilimitado de por vida. Los beneficios están sujetos a un deducible a menos que se indique lo contrario.	
Máximos del plan Deducible por año calendario (también se aplica a los medicamentos que requieren receta médica) ³	\$7,150 individual / \$14,300 familiar
Desembolso máximo (Incluye el deducible por año calendario. Los pagos por servicios y suministros no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo por año calendario.)	\$7,150 individual / \$14,300 familiar
Servicios profesionales Copago por visita al consultorio ⁴	Consultas 1 a 3: 0% (sin deducible) ⁵ / Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible)
Consulta con un especialista ⁴	0%
Visita al consultorio con otro profesional (incluyendo los servicios de acupuntura médicamente necesarios) ⁶	Consultas 1 a 3: 0% (sin deducible) ⁵ / Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible)
Servicios de atención preventiva ^{4,7}	\$0 (sin deducible)
Rayos X y servicios de imágenes de diagnóstico	0%
Pruebas de laboratorio	0%
Servicios de imágenes (Tomografías [CT], Tomografías por Emisión de Positrones [PET], Imágenes por Resonancia Magnética [MRI])	0%
Servicios de rehabilitación y habilitación	0%
Servicios para pacientes ambulatorios Cirugía para pacientes ambulatorios (incluye el cargo del centro y los cargos del médico/cirujano)	0%
Servicios hospitalarios Hospitalización para pacientes internados (incluye maternidad)	0%
Atención de enfermería especializada	0%
Servicios de emergencia Servicios de la sala de emergencias (sin copago si es admitido)	0% por centro / \$0 por médico (sin deducible)
Atención de urgencia	Consultas 1 a 3: 0% (sin deducible) ⁵ / Consulta 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible)
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	0%
Servicios de Salud Mental/del Comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias⁸ Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados)	0%
Servicios de Salud mental/del comportamiento / para Trastornos por abuso de sustancias (pacientes ambulatorios)	Visitas al consultorio 1 a 3: 0% (sin deducible) ⁵ / Visitas al consultorio 4 en adelante: 0% (se aplica el deducible)
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (100 visitas por año calendario)	0%
Otros servicios Equipo médico duradero	0%
Servicio del centro de cuidado de enfermos terminales	0%
Medicamentos auto inyectables ⁹ (que no sean la insulina)	0%
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica^{10,11,12,13} Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días surtido a través de una farmacia participante) Deducible por medicamentos que requieren receta médica por año calendario	Integrados con el deducible médico
Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo)	\$0
Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos)	\$0

Descripción del beneficio	Responsabilidad del/de los afiliado/s ^{1,2}
Nivel III (sólo medicamentos de marca no preferidos)	\$0
Nivel IV (medicamentos Especializados) ¹⁴	\$0
Cobertura dental pediátrica ¹⁵ Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (sin deducible)
Cobertura de la vista pediátrica ¹⁶ Examen de la vista de rutina	\$0 (sin deducible)
Anteojos (se aplican limitaciones)	1 par por año

Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones ni las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte el Contrato del Plan y la EOC.

¹En conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los Nativos Americanos y los Indígenas de Alaska, en la medida en que el Intercambio determine que son elegibles e independientemente del ingreso, no tienen obligación de costos compartidos conforme a esta Póliza por los artículos o servicios que son Beneficios de Salud Esenciales, siempre que dichos artículos o servicios sean proporcionados por un proveedor del Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS), una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o bien, a través de una remisión conforme a servicios de salud contratados, según lo definido por la ley federal. Costo compartido se refiere a los copagos, incluyendo el coseguro y los deducibles. Además, un Nativo Americano o un Indígena de Alaska que esté inscrito en una variación de plan de costos compartidos de cero (porque su ingreso esperado ha sido considerado por el Intercambio como equivalente o inferior al 300% del Nivel Federal de Pobreza) no tiene obligación de costos compartidos por Beneficios de Salud Esenciales cuando los artículos o servicios son proporcionados por cualquier proveedor participante.

²Determinados servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, se aplica un cargo adicional de \$250. Consulte el Contrato del Plan y la EOC para obtener detalles.

³Para determinados servicios y suministros brindados conforme a este plan, incluyendo los medicamentos que requieren receta médica, se aplica un deducible por año calendario, que debe alcanzarse antes de que se cubran dichos servicios y suministros. Éstos sólo estarán cubiertos en la medida en que los gastos cubiertos excedan el deducible. Se aplica el deducible por año calendario, a menos que se indique específicamente lo contrario más arriba.

⁴Las visitas al consultorio para atención prenatal, postnatal y del recién nacido relacionadas con atención preventiva, incluyendo las consultas previas a la concepción, están cubiertas en su totalidad. Consulte la lista de copagos por "Servicios de atención preventiva". Si el objetivo principal de la visita al consultorio no está relacionado con un servicio preventivo o si se reciben otros servicios no preventivos durante la misma visita al consultorio, se aplicará un copago a los servicios no preventivos.

⁵El deducible por año calendario se aplica después de las 3 primeras consultas no preventivas. Las consultas no preventivas incluyen consultas de atención de urgencia, consultas a un médico, un asistente médico, una enfermera especializada con práctica médica u otro profesional, o bien, visitas postnatales al consultorio y consultas para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios.

⁶Incluye consultas de acupuntura; consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; y otras visitas al consultorio no proporcionadas por el médico de atención primaria o los especialistas, o bien, no especificadas en otra categoría de beneficios. Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance.

⁷Los servicios de atención preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de su médico, de acuerdo con las pautas establecidas por las recomendaciones de Grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU.; las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (por sus siglas en inglés, ACIP) que fueron adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés, CDC), y las pautas para bebés, niños, adolescentes y el cuidado de la salud preventivo de la mujer respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA). Los servicios de atención preventiva incluyen, pero no se limitan a, evaluaciones periódicas de salud, vacunas, procedimientos de diagnóstico preventivos, como servicios de atención preventiva para el embarazo, y exámenes preventivos de la vista y la audición, prueba de detección del virus del papiloma humano (por sus siglas en inglés, HPV) aprobada por la Administración federal de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) y la opción de una prueba de detección de cáncer de cuello uterino aprobada por la FDA. Se cubrirá un extractor de leche materna y los suministros necesarios para su uso en cada embarazo sin costo para la afiliada. Determinaremos el tipo de equipo, si se deberá alquilar o comprar y el proveedor que lo proporciona.

⁸Los beneficios son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento, que proporciona servicios de salud del comportamiento.

⁹Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina) son considerados medicamentos especializados y deben obtenerse de un proveedor de especialidades farmacéuticas contratado. Los medicamentos especializados requieren la autorización previa de Health Net.

¹⁰Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral tendrán un copago máximo de \$200 por una receta individual de un suministro para un período de hasta 30 días.

¹¹Si el precio de venta minorista de la farmacia es menor que el copago aplicable, entonces usted sólo pagará el precio de venta minorista de la farmacia.

¹²Los medicamentos preventivos, incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, y los anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos están cubiertos sin cargo para el afiliado. Los medicamentos preventivos son medicamentos de venta libre recetados o medicamentos que requieren receta médica que se utilizan a efectos de la salud preventiva de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los anticonceptivos cubiertos son anticonceptivos para la mujer aprobados por la FDA que se encuentran disponibles en forma de medicamentos de venta libre, o bien, que sólo están disponibles con una receta. Si se despacha un medicamento de marca preventivo o un anticonceptivo para la mujer, y un medicamento genérico equivalente se encuentra comercialmente disponible, usted deberá pagar la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. No obstante, si un medicamento de marca preventivo o anticonceptivo para la mujer es médicamente necesario y el médico obtiene la autorización previa de Health Net, entonces el medicamento de marca se despachará sin cargo. Los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los DIU, así como los anticonceptivos implantables e inyectables están cubiertos (cuando son administrados por un médico) conforme al beneficio médico.

¹³La Lista de Medicamentos Esenciales con Receta es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y las farmacias participantes. Algunos medicamentos de la lista pueden requerir la autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la lista (anteriormente conocidos como fuera del formulario) que no están excluidos ni limitados en la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren la autorización previa de Health Net. Health Net aprobará un medicamento que no se encuentra en la lista mediante el copago correspondiente al Nivel III si el médico del afiliado demuestra la necesidad médica. Las solicitudes urgentes de autorización que emiten los médicos se procesan tan pronto como sea posible, sin exceder las 24 horas, después de la recepción por parte de Health Net de la solicitud y de cualquier información adicional solicitada por Health Net que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación. Las solicitudes de rutina de los médicos se procesan de manera oportuna, sin exceder las 72 horas, según sean apropiadas y médicamente necesarias para la naturaleza de la afección del afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Los Medicamentos Genéricos serán despachados cuando un medicamento genérico equivalente se encuentre disponible. Health Net cubrirá los medicamentos de marca que tengan un equivalente genérico mediante el copago correspondiente al Nivel II, Nivel III o Nivel IV (Medicamentos Especializados) cuando se determine que son médicamente necesarios.

¹⁴Los Medicamentos Especializados (Nivel IV) se identifican con "SP" en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta, requieren la Autorización Previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del Proveedor de Especialidades Farmacéuticas para estar cubiertos.

¹⁵Los beneficios dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y son administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). DBP es un plan dental especializado con licencia de California y no está afiliado a Health Net. Se cubren beneficios dentales pediátricos adicionales. Consulte el Contrato del Plan y la EOC del Plan Individual y Familiar para obtener detalles.

¹⁶Los beneficios de servicios de la vista pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para administrar los beneficios de servicios de la vista pediátricos.

Cómo realizar la solicitud

Para solicitar su inscripción en un Plan Individual y Familiar de Health Net, visite www.CoveredCA.com.

Información importante que debe saber sobre su cobertura médica

¿Quién es elegible?

Para ser elegible para un plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio, usted: (a) debe vivir en el Área de Servicio de Health Net CommunityCare HMO para un plan HMO o el Área de Servicio de PureCare HSP para un plan HSP; (b) debe ser ciudadano o persona nacionalizada de los Estados Unidos, o bien, un extranjero que se encuentra viviendo legalmente en los Estados Unidos; (c) no debe estar encarcelado; y (d) debe solicitar la inscripción durante un período de inscripción abierta o un período de inscripción especial según se define a continuación. Además, su cónyuge o pareja doméstica (consulte la siguiente página para conocer la definición), si es menor de 65 años, y sus hijos, de hasta 26 años, son elegibles para inscribirse como dependientes. Las siguientes personas no son elegibles para la cobertura conforme a este plan: (a) las personas elegibles para la inscripción en un plan de grupo con cobertura esencial mínima; (b) las personas de 65 años y mayores que son elegibles para los beneficios de Medicare; (c) las personas que están encarceladas; y (d) las personas elegibles para Medi-Cal u otros programas estatales o federales aplicables.

La inscripción abierta tiene lugar desde el 1 de noviembre de 2016 hasta el 31 de enero de 2017, inclusive.

Períodos de inscripción especial

Además del período de Inscripción Abierta, usted es elegible para inscribirse en este plan dentro de los 60 días de determinados eventos, incluyendo, pero sin limitarse a, las siguientes situaciones:

- Perdió la cobertura en un plan con cobertura esencial mínima (la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la pérdida de la cobertura), sin incluir la terminación voluntaria o la pérdida por falta de pago de las primas;
- Perdió la cobertura para necesidades médicas conforme a Medi-Cal (sin incluir la terminación voluntaria o la terminación por falta de pago de la prima);
- Perdió la cobertura relacionada con el embarazo conforme a Medi-Cal (sin incluir la terminación voluntaria o la terminación por falta de pago de la prima);
- Adquirió un dependiente o se convirtió en dependiente;
- Se estableció que debe estar cubierto como dependiente conforme a una orden judicial estatal o federal válida;
- Fue liberado de una encarcelación;
- Demuestra que una disposición fundamental de su contrato de cobertura de la salud fue violada sustancialmente por la empresa emisora de su cobertura de la salud;
- Obtuvo acceso a nuevos planes de beneficios de salud como resultado de una mudanza permanente;
- Estaba recibiendo servicios conforme a otro plan de beneficios de salud de parte de un proveedor contratado que ya no participa en ese plan de salud por alguna de las siguientes condiciones: (a) una afección aguda o grave; (b) una enfermedad terminal; (c) un embarazo; (d) atención de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses; o bien, (e) una cirugía u otro procedimiento autorizado como parte de un tratamiento documentado para realizarse dentro de los 180 días de la fecha de terminación del contrato o la

fecha de vigencia de la cobertura para un afiliado que había adquirido la cobertura recientemente;

- Demuestra a Covered California que usted no se inscribió en un plan de beneficios de salud durante el período de inscripción inmediatamente anterior disponible para usted porque le informaron de manera incorrecta que usted estaba cubierto conforme a la cobertura esencial mínima;
- Es un miembro de las fuerzas de reserva del servicio militar de los Estados Unidos que regresa de prestar servicios o un miembro de la Guardia Nacional de California que regresa de prestar servicios conforme al Título 32 del Código de los Estados Unidos;
- Se ha convertido recientemente en ciudadano o persona nacionalizada de los Estados Unidos, o bien, es un extranjero que se encuentra viviendo legalmente en los Estados Unidos;
- No se le permitió inscribirse en un plan de Covered California como consecuencia de acciones intencionales, involuntarias o erróneas de Covered California;
- Se ha convertido en elegible o no elegible recientemente para recibir pagos por adelantado del crédito tributario de las primas o tiene un cambio en la elegibilidad para reducciones en los costos compartidos;
- Es un Indígena, según lo definido por la Sección 4 de la Ley de Mejoramiento del Cuidado de la Salud Indígena (puede cambiarse de un plan a otro una vez al mes);
- Covered California determina según cada caso que la persona calificada o persona inscrita, o sus dependientes, no estaba inscrita como consecuencia de una conducta inadecuada de parte de una entidad externa a Covered California que brinda ayuda con la inscripción o realiza actividades relacionadas con la inscripción; y
- Se demuestra a Covered California, de acuerdo con las pautas emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que la persona calificada o persona inscrita cumple con otras circunstancias excepcionales según lo que pueda estipular Covered California.

Pareja doméstica

Una pareja doméstica es el cónyuge del mismo sexo del suscriptor, si el suscriptor y su cónyuge son una pareja que cumple con todos los requisitos de la Sección 308(c) del Código de Familia de California, o bien, la pareja doméstica registrada del suscriptor que cumple con todos los requisitos de las Secciones 297 o 299.2 del Código de Familia de California.

¿Cómo funciona el proceso de facturación mensual?

Health Net debe recibir su prima a más tardar el primer día del mes de cobertura. Si hay aumentos de la prima o cambios en los beneficios o las disposiciones del Contrato del Plan después de la fecha de vigencia de la inscripción, se le notificará con al menos 60 días de anticipación.

Health Net proporcionará al suscriptor un aviso con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en los beneficios, los cargos de suscripción o las disposiciones del contrato del plan. No existe ningún derecho adquirido para recibir los beneficios de este plan de salud.

¿Los beneficios pueden darse por terminados?

Usted puede cancelar su cobertura notificando a Covered California o Health Net al menos 14 días antes de la fecha en que solicita la terminación del contrato del plan. En tal caso, el contrato del plan finalizará a las 12:01 a.m., 14 días después de que usted notifique a Covered California o Health Net, en una fecha posterior que usted solicite o en una fecha anterior que usted solicite si Health Net acepta dicha fecha anterior. Health Net tiene derecho a dar por terminada su cobertura de manera individual por cualquiera de los siguientes motivos:

- Usted no paga su prima de manera oportuna. (Health Net emitirá un aviso con 30 días de anticipación donde se indique nuestro derecho a dar por terminada su cobertura por falta de pago de la prima. El aviso con 30 días de anticipación se enviará el primer

día del mes en que vencen las primas, o antes de esa fecha, y describirá el período de gracia de 30 días, que comienza después del último día de cobertura pagada. Si usted no paga sus primas a más tardar el primer día del mes en que vencen las primas, Health Net puede dar por terminada su cobertura después del período de gracia de 30 días). Los suscriptores y los dependientes inscritos que reciben un pago por adelantado del crédito tributario de las primas tienen un período de gracia de tres meses y no de 30 días. Este plan proporcionará cobertura para todos los reclamos permitidos correspondientes al primer mes de un período de gracia de tres meses por falta de pago de los cargos de suscripción. Sin embargo, Health Net puede suspender su cobertura y sus reclamos pendientes por los servicios prestados por proveedores de cuidado de la salud en el segundo y tercer mes del período de gracia de tres meses y puede, en última instancia, denegar estos reclamos a menos que los cargos de suscripción vencidos correspondientes al período de cobertura se paguen en su totalidad antes de que finalice el período de gracia de tres meses. Si se paga la cantidad total de los cargos de suscripción antes de que finalice el período de gracia de tres meses, la cobertura que había sido suspendida se rehabilitará hasta el último día de cobertura pagada. Es posible que los proveedores cuyos reclamos son denegados por Health Net le facturen a usted para recibir el pago.

- Usted y/o su/s familiar/es dejan de ser elegibles (consulte la sección “¿Quién es elegible?”).
- Comete cualquier acto o práctica que constituye fraude, o por cualquier declaración falsa intencional de un hecho sustancial conforme a los términos del contrato. Algunos ejemplos incluyen falsear información de elegibilidad sobre usted o un dependiente; presentar una receta o indicación médica no válida; o usar indebidamente una tarjeta de identificación de afiliado a Health Net (o permitir que otra persona la use).

Health Net puede dar por terminada su cobertura, junto con todas las pólizas similares, mediante un aviso por escrito con 90 días de anticipación. Los afiliados son responsables del pago de cualquier servicio recibido después de la terminación de la cobertura sobre la base de las tasas imperantes del proveedor para personas no afiliadas. Esto también se aplica a los afiliados que son hospitalizados o que están bajo tratamiento de una afección crónica en la fecha de terminación de la cobertura.

Si usted da por terminada su cobertura o la de cualquiera de sus familiares, puede solicitar una nueva inscripción; no obstante, Health Net podrá rechazar la inscripción a su discreción.

¿Puede rescindirse o cancelarse la cobertura por fraude o una declaración falsa intencional de un hecho sustancial?

Cuándo puede Health Net rescindir o cancelar el contrato de un plan:

Dentro de los primeros 24 meses de la cobertura, Health Net puede rescindir el contrato de un plan por cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier declaración falsa intencional de un hecho sustancial en la información escrita que usted haya enviado, o que se haya enviado en su nombre o con su formulario de inscripción.

Health Net puede cancelar el contrato de un plan por cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier declaración falsa intencional de un hecho sustancial conforme a los términos del contrato del plan.

Un hecho sustancial es información que, de haberla conocido, Health Net, se habría negado a emitir la cobertura.

Cancelación del contrato de un plan

Si se cancela el contrato del plan, se le enviará un aviso de cancelación 30 días antes de la fecha de vigencia de la cancelación.

Rescisión del contrato de un plan

Si se rescinde el contrato del plan, Health Net no tendrá responsabilidad alguna por la provisión de cobertura de acuerdo con el contrato del plan.

Al firmar el formulario de inscripción, usted manifiesta que todas las respuestas son verdaderas, completas y exactas, a su leal saber y entender, y que si Health Net acepta su formulario de inscripción, éste formará parte del contrato del plan entre Health Net y usted. Al firmar el formulario de inscripción, usted además acepta cumplir los términos del contrato del plan.

Si, después de la inscripción, Health Net investiga la información de su formulario de inscripción, Health Net debe notificarle esta investigación y su fundamento, además de ofrecerle la oportunidad de responder.

Si Health Net toma la decisión de rescindir su cobertura, tal decisión primero se enviará para su revisión a un tercero auditor independiente contratado por Health Net.

Si se rescinde el contrato del plan, Health Net le enviará un aviso por escrito 30 días antes de la fecha de vigencia de la terminación que:

1. Explicará el fundamento de la decisión;
2. Proporcionará la fecha de vigencia de la rescisión;
3. Aclarará que todos los afiliados cubiertos conforme a su cobertura que no sean la persona a quien se le rescinde la cobertura pueden continuar estando cubiertos;
4. Explicará que se modificará su prima mensual para reflejar la cantidad de afiliados que permanecen conforme al contrato del plan;
5. Explicará su derecho y las opciones que tiene de dirigirse a Health Net y/o al Departamento de Atención Médica Administrada si no está de acuerdo con la decisión de Health Net.

6. Incluirá un formulario de Derecho a Solicitar una Revisión. Usted tiene 180 días a partir de la fecha del Aviso de Cancelación, Rescisión o No Renovación para presentar dicho formulario ante Health Net y/o el Departamento de Atención Médica Administrada.

Si se rescinde el contrato del plan:

1. Health Net puede revocar su cobertura como si nunca hubiera existido y usted perderá los beneficios de salud, incluyendo la cobertura del tratamiento que ya haya recibido;
2. Health Net reembolsará todas las cantidades de la prima que usted haya pagado, menos cualquier gasto médico que Health Net haya pagado en su nombre, y le podemos exigir la devolución de cualquier cantidad pagada desde la fecha inicial de la cobertura conforme al contrato del plan; y
3. Health Net se reserva el derecho a obtener cualquier otro recurso legal que surja de la rescisión conforme a las leyes de California.

Si Health Net deniega su apelación, usted tiene derecho a buscar la ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California.

¿Hay disposiciones de renovación?

Sujeta a las disposiciones de terminación analizadas, la cobertura permanecerá en vigencia durante los meses en que Health Net reciba y acepte pagos previos de los honorarios. Se le notificará con 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en los honorarios, los beneficios o las disposiciones del contrato.

¿Health Net coordina los beneficios?

Health Net coordinará los beneficios para nuestros afiliados con beneficios dentales pediátricos cubiertos conforme a este plan. No hay coordinación de beneficios para los servicios médicos en el mercado Individual.

¿Qué es la revisión de la utilización?

Health Net hace que la atención médica cubierta conforme a nuestros planes Individuales y Familiares del Intercambio esté sujeta a políticas y procedimientos que dan como resultado un uso eficaz y prudente de los recursos y, a la larga, una mejora continua de la calidad de la atención. Health Net fundamenta la aprobación o la denegación de los servicios en los siguientes procedimientos principales:

- Evaluación de los servicios médicos para analizar la necesidad médica y el nivel adecuado de atención.
- Implementación de la administración de casos para las afecciones crónicas o a largo plazo.
- Revisión y autorización de admisiones de pacientes hospitalizados y remisiones a proveedores no contratados.
- Revisión del alcance de los beneficios para determinar la cobertura.

Si desea obtener más información sobre el Sistema de Revisión de la Utilización de Health Net, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-800-839-2172**.

¿Health Net cubre el costo de la participación en estudios clínicos?

Los costos de la atención de rutina de pacientes con diagnóstico de cáncer u otras enfermedades o afecciones de riesgo vital quienes han sido aceptados en estudios clínicos de fase I, II, III o IV están cubiertos cuando estos estudios son médicamente necesarios, recomendados por el médico tratante del afiliado y autorizados por Health Net. El médico debe determinar que la participación representa un posible beneficio significativo para el afiliado y que el estudio tiene una intención terapéutica. Para obtener más información, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura*.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con Health Net?

Los afiliados que no estén satisfechos con la calidad de la atención recibida, o que crean que se les denegó un servicio o un reclamo por equivocación, o bien, que hayan recibido o estén sujetos a una determinación adversa de beneficio, pueden presentar una queja formal o una apelación. Una determinación adversa de beneficio incluye: (a) rescisión de la cobertura, aunque no tenga un efecto adverso sobre un beneficio en particular en ese momento; (b) determinación de la elegibilidad de una persona para participar en este plan de Health Net; (c) determinación de que un beneficio no está cubierto; (d) una exclusión o limitación de un beneficio de otro modo cubierto según una exclusión por afecciones preexistentes o una exclusión relacionada con la causa de una lesión; o bien, (e) determinación de que un beneficio es experimental o de investigación, o de que no es médicamente necesario o apropiado. Además, los afiliados al plan pueden solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada una Revisión Médica Independiente de los servicios de cuidado de la salud en disputa si creen que los servicios de cuidado de la salud elegibles para cobertura y pago conforme a su plan de Health Net han sido indebidamente denegados, modificados o retrasados por Health Net o por uno de sus proveedores contratados.

Además, si Health Net deniega la apelación de una denegación de un afiliado por falta de necesidad médica, o deniega o retrasa la cobertura de un tratamiento solicitado que involucra medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias experimentales o de investigación, los afiliados pueden solicitar una Revisión Médica Independiente de la decisión de Health Net al Departamento de Atención Médica Administrada, si cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos en el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura*.

Los afiliados que no estén satisfechos con los resultados del proceso de presentación de apelaciones pueden someter el problema a arbitraje vinculante. Health Net usa el arbitraje vinculante para resolver disputas, incluida la negligencia médica. Como condición de inscripción, los afiliados renuncian a su derecho de resolver las disputas ante un juez o en un juicio ante jurado.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene alguna queja formal en contra de Health Net, primero debe llamar a Health Net al **1-877-609-8711** y usar nuestro proceso de presentación de quejas formales antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que tenga que ver con una emergencia, una queja formal que Health Net no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya permanecido sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

¿Qué sucede si necesito una segunda opinión?

Con el plan HSP, los afiliados a Health Net pueden ir directamente a cualquier proveedor participante de PureCare HSP, sin una remisión.

Con el plan HMO, los afiliados a Health Net tienen derecho a solicitar una segunda opinión cuando:

- El médico de atención primaria del afiliado o un médico de remisión le dan un diagnóstico o le recomiendan un plan de tratamiento con el que el afiliado no está satisfecho;
- El afiliado no está satisfecho con el resultado del tratamiento recibido;
- Al afiliado se le diagnostica una afección, o se le recomienda un plan de tratamiento para una afección, que amenaza con la pérdida de su vida, de una extremidad o de una función corporal, o bien, con provocar impedimentos sustanciales, incluyendo, pero sin limitarse a, una afección crónica grave; o
- El médico de atención primaria del afiliado o un médico de remisión no pueden diagnosticar la afección del afiliado, o los resultados de las pruebas son contradictorios.

Para obtener una copia de la política de segundas opiniones de Health Net, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711**.

¿Cuáles son las proporciones de las primas de Health Net?

La proporción de Health Net of California en 2015 respecto de los costos de las primas para los servicios de salud que se pagaron para los planes HMO y HSP Individuales y Familiares fue del 71.6 por ciento.

¿Cuál es la relación de las partes involucradas?

Los grupos médicos, los médicos contratados, los hospitales, los proveedores participantes y otros proveedores de cuidado de la salud no son agentes ni empleados de Health Net.

Health Net y cada uno de sus empleados no son agentes ni empleados de ningún grupo médico, médico contratado, hospital ni ningún otro proveedor de cuidado de la salud. Todas las partes son contratistas independientes y se contratan entre sí para brindarle los servicios o suministros cubiertos de su opción de cobertura. Los afiliados no son responsables de ningún acto u omisión de Health Net, sus agentes o empleados, ni de los grupos médicos, de los proveedores participantes, de ningún médico u hospital, o de otra persona u organización con los cuales Health Net haya dispuesto o disponga la prestación de los servicios y suministros cubiertos de su plan.

¿Qué sucede con la continuidad de la atención al terminar el contrato de un proveedor?

Si el contrato de Health Net con un grupo médico, un proveedor participante u otro proveedor se da por terminado, Health Net transferirá a cualquier afiliado afectado a otro grupo médico contratado o proveedor participante y hará todo lo posible para asegurar la continuidad de la atención. Health Net enviará un aviso por escrito a los afiliados afectados al menos 60 días antes de la terminación del contrato con un grupo médico, proveedor participante u hospital de atención aguda al que los afiliados hayan sido asignados para recibir servicios. Para todos los demás hospitales que terminen sus contratos con Health Net, se enviará un aviso por escrito a los afiliados afectados dentro de un plazo de cinco días a partir de la fecha de vigencia de la terminación del contrato.

Además, el afiliado puede solicitar atención continua de un proveedor cuyo contrato haya terminado si, al momento de la terminación, el afiliado estaba recibiendo atención de dicho proveedor para:

- Una afección aguda;
- Una afección crónica grave que no exceda los doce meses a partir de la fecha de terminación del contrato;

- Un embarazo (incluyendo la atención durante el embarazo y la atención del posparto inmediato);
- Un bebé de hasta 36 meses de edad, que no exceda los doce meses a partir de la fecha de terminación del contrato;
- Una enfermedad terminal (durante el tiempo que dure dicha enfermedad); o
- Una cirugía u otro procedimiento que Health Net haya autorizado como parte de un tratamiento documentado.

Health Net puede brindar cobertura para completar los servicios de un proveedor cuyo contrato haya terminado, sujeta a los copagos aplicables y a cualquier otra exclusión y limitación de este plan y si dicho proveedor está dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales que se aplicaban a dicho proveedor antes de la terminación de su contrato. Usted debe solicitar atención continua dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de terminación del contrato del proveedor, a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible realizar la solicitud dentro de dicho plazo y que realice la solicitud tan pronto como le sea razonablemente posible.

Si desea obtener más información sobre cómo solicitar atención continua o si desea solicitar una copia de nuestra política de continuidad de la atención, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net.

¿Qué son las enfermedades mentales graves y los trastornos emocionales graves del niño?

Enfermedad mental grave incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno generalizado del desarrollo (incluyendo trastorno autístico, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo de la infancia, trastorno

de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo que no incluyan específicamente autismo atípico, de acuerdo con los estándares profesionalmente reconocidos incluyendo, pero sin limitarse a, la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, con las enmiendas realizadas hasta la fecha), autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Un trastorno emocional grave del niño ocurre cuando un niño menor de 18 años padece uno o más trastornos mentales identificados en la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, con las enmiendas realizadas hasta la fecha, que no sea principalmente un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno del desarrollo y que tenga como consecuencia un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Además, el niño debe cumplir con una o más de las siguientes condiciones: (a) como resultado del trastorno mental, el niño tiene un problema importante en, por lo menos, dos de las siguientes áreas: cuidado personal, rendimiento escolar, relaciones familiares o capacidad para actuar dentro de la comunidad; y (i) el niño se encuentra en riesgo de ser separado del hogar o ya ha sido separado de éste, o bien, (ii) el trastorno mental y los problemas han durado más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año; (b) el niño demuestra alguna de las siguientes condiciones: rasgos psicóticos, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental; y/o (c) el niño cumple con los requisitos de elegibilidad para educación especial, según lo establece el Capítulo 26.5 (comenzando en el Artículo 7570) de la Sección 7 del Título 1 del Código de Gobierno.

¿Los proveedores limitan los servicios para la atención reproductiva?

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos conforme al *Contrato del Plan y la*

Evidencia de Cobertura del plan y que usted o uno de sus familiares podrían necesitar: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia; esterilización, incluyendo ligadura de trompas al momento del parto; tratamientos de infertilidad; o aborto. Antes de inscribirse, debe obtener información adicional. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-877-609-8711, para asegurarse de poder obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.

¿Cuál es el método de reembolso de proveedores?

Para los planes HMO, Health Net utiliza incentivos financieros y distintos arreglos para compartir riesgos cuando paga a los proveedores. Para los planes HSP, Health Net paga a los médicos participantes y otros proveedores profesionales sobre la base de pago por servicio, conforme a una tasa contratada acordada. Los afiliados pueden solicitar más información sobre nuestros métodos de pago llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net.

¿Cuándo y cómo Health Net paga mis facturas médicas?

Coordinaremos el pago de los servicios cubiertos cuando reciba atención de su proveedor participante o médico de atención primaria o, para los planes HMO, cuando sea referido a un especialista por parte de su médico de atención primaria. Tenemos arreglos con estos médicos, por lo tanto, no es necesario completar formularios de reclamo. Simplemente presente su tarjeta de identificación de afiliado a Health Net.

¿Debo consultar a mi médico de atención primaria o a un proveedor participante si tengo una emergencia?

Health Net cubre la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia en todo el mundo.

En situaciones de emergencia grave: Llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Si su situación no es tan grave: Los afiliados a planes HMO deben llamar a su médico de atención primaria o grupo médico (para una afección médica) o al administrador (para una enfermedad mental o desintoxicación). Los afiliados a planes HSP deben llamar a un proveedor participante (para una afección médica) o al administrador (para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas).

Si no puede llamar y necesita atención médica inmediata, vaya al centro médico o al hospital más cercanos.

La atención de emergencia incluye pruebas de detección, exámenes y evaluaciones por parte de un médico (u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una afección médica de emergencia o trabajo de parto activo y, de ser así, la atención, el tratamiento y la cirugía, si se encuentran dentro del alcance de la licencia de esa persona, necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de las capacidades del centro. Una afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta por medio de síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor intenso) de modo que se podría esperar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata diera como resultado cualquiera de las siguientes situaciones: (a) un riesgo grave para la salud del paciente; (b) un deterioro grave de las funciones corporales; o bien, (c) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Parto activo significa trabajo de parto en el momento en que se podría esperar de manera razonable que ocurriera cualquiera de las dos situaciones siguientes:

(a) no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o (b) un traslado representa una amenaza para la salud y la seguridad de la afiliada o de su niño aún no nacido. La atención de emergencia también incluirá pruebas de detección, exámenes y evaluaciones adicionales por parte de un médico (u otro personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica, así como la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar dicha afección, ya sea dentro de las capacidades del centro o mediante el traslado del afiliado a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general de atención aguda o a un hospital psiquiátrico de atención aguda según sea médicamente necesario.

Todos los servicios de ambulancia aérea y terrestre, y los servicios de transporte en ambulancia proporcionados como resultado de una llamada al 911 estarán cubiertos, si la solicitud se realiza debido a una afección médica de emergencia (esto incluye enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño).

Para los planes HMO, toda la atención de seguimiento (incluyendo enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño), después de que la emergencia o la urgencia hayan pasado y su afección sea estable, debe ser proporcionada o autorizada por su médico de atención primaria o grupo médico (para una afección médica) o por el administrador (para una enfermedad mental y dependencia de sustancias químicas); de lo contrario, Health Net no la cubrirá.

Para los planes HSP, la atención de seguimiento (incluyendo enfermedad mental grave y trastornos emocionales graves del niño), después de que la emergencia o la urgencia hayan pasado y su afección sea estable, debe ser autorizada por Health Net (para una afección médica) o por el administrador (para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas); de lo contrario, no estará cubierta.

¿Soy responsable del pago de determinados servicios?

Nosotros somos responsables de pagar a los proveedores participantes por los servicios cubiertos. Excepto los copagos y deducibles, los proveedores participantes no pueden facturarle a usted por los cargos que excedan nuestro pago. Usted es responsable, desde el punto de vista financiero, de: (a) los servicios que excedan las limitaciones de beneficios establecidas en el *Contrato del Plan y la EOC* del plan; y (b) los servicios no cubiertos por el plan Individual y Familiar del Intercambio. El plan Individual y Familiar del Intercambio no cubre pagos previos de los honorarios, copagos, deducibles, servicios y suministros no cubiertos por el plan Individual y Familiar del Intercambio, ni la atención que no es de emergencia brindada por un proveedor no participante.

¿Puedo recibir el reembolso de reclamos fuera de la red?

Algunos proveedores no participantes le solicitarán que pague una factura al momento del servicio. Si tiene que pagar una factura por servicios cubiertos, preséntenos una copia de la factura, el comprobante de su pago y el informe de la sala de emergencias o del centro de atención de urgencia para recibir el reembolso dentro de un año a partir de la fecha en que se prestó el servicio. Para los planes HMO, la cobertura de los servicios prestados por proveedores no participantes se limita a la atención de emergencia y, cuando usted se encuentra fuera de un radio de 30 millas de su grupo médico, a la atención de urgencia. Para los planes HSP, la cobertura de los servicios prestados por proveedores no participantes o fuera de la red se limita a la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia.

¿Cómo maneja Health Net la confidencialidad y la divulgación de la información del afiliado?

Health Net sabe que la información personal de sus expedientes médicos es privada. Por lo tanto, protegemos su información médica personal en todos los entornos. Como parte de la solicitud o formulario de inscripción, los afiliados a Health Net firman un consentimiento de rutina para obtener o divulgar su información médica. Health Net utiliza este consentimiento para garantizar la notificación a los afiliados y el consentimiento de éstos para necesidades de rutina presentes y futuras por el uso de información médica personal.

Este consentimiento incluye la obtención o la divulgación de todos los registros relativos al historial médico, los servicios prestados o los tratamientos proporcionados a todos los suscriptores y afiliados conforme al plan, a efectos de revisar, investigar o evaluar una solicitud, un reclamo, una apelación (incluida la divulgación a una organización de revisores independientes) o una queja formal, o bien, con fines de salud preventiva o administración de la salud.

No divulgaremos sus expedientes médicos ni ninguna otra información confidencial a ninguna persona, como empleadores o agentes de seguro médico, que no esté autorizada a tener dicha información. Sólo divulgaremos información si usted nos proporciona un consentimiento especial por escrito. El único caso en que divulgaríamos dicha información sin su consentimiento especial sería si tuviéramos que cumplir con una ley, una orden judicial o citación de un tribunal. A menudo, Health Net debe cumplir con requisitos de medición y de informe de datos globales. En esos casos, protegemos su privacidad al no divulgar ninguna información que identifique a nuestros afiliados.

Prácticas de privacidad

Para obtener una descripción sobre cómo se puede utilizar y divulgar su información médica protegida y cómo usted puede obtener acceso a esta información, consulte el “Aviso de Prácticas de Privacidad” del contrato del plan.

¿Cómo aborda Health Net las nuevas tecnologías?

Las nuevas tecnologías son aquellos procedimientos, medicamentos o dispositivos que han sido desarrollados recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas o que son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos o dispositivos existentes. Las nuevas tecnologías se consideran como de investigación o experimentales durante varias etapas de un estudio clínico mientras se evalúa su seguridad y eficacia, y la tecnología logra aceptación en el estándar médico de atención. Las tecnologías pueden seguir siendo consideradas de investigación o experimentales si el estudio clínico no ha demostrado seguridad o eficacia, o si no son consideradas como parte de la atención estándar por la especialidad médica correspondiente. Las tecnologías aprobadas se integran a los beneficios de Health Net.

Health Net determina si las nuevas tecnologías se deben considerar médicamente apropiadas, o de investigación o experimentales, luego de una extensa revisión de la investigación médica realizada por médicos adecuadamente especializados. Health Net solicita una revisión de las nuevas tecnologías a un revisor médico experto e independiente para determinar el estado de adecuación médica, o de investigación o experimentación de una tecnología o un procedimiento.

El revisor médico experto también asesora a Health Net cuando los pacientes solicitan una determinación rápida de la cobertura, cuando no existe un principio rector para ciertas tecnologías o cuando la complejidad de la afección médica de un paciente requiere la evaluación de un experto. Si Health Net deniega, modifica o retrasa la cobertura para el tratamiento que usted solicitó, basándose en que éste es experimental o de investigación, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) de la decisión de Health Net al Departamento de Atención Médica Administrada. Para obtener más detalles, consulte “Revisión Médica Independiente de Quejas Formales que Involucran un Servicio de Cuidado de la Salud en Disputa” en el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura*.

¿Cuáles son los procesos de administración de la utilización de Health Net?

La administración de la utilización es una parte importante de la administración del cuidado de la salud. A través de los procesos de autorización previa, revisión simultánea y retrospectiva, y administración de la atención, evaluamos los servicios proporcionados a nuestros afiliados para asegurarnos de que dichos servicios sean médicamente necesarios y apropiados para el lugar y el momento. Esta supervisión ayuda a mantener los niveles de administración médica de alta calidad de Health Net.

Autorización previa

Algunos servicios propuestos pueden requerir una evaluación antes de su aprobación. Para evaluar que el procedimiento sea médicamente necesario y se haya planeado para el entorno apropiado (es decir, para pacientes hospitalizados, cirugía ambulatoria, etc.), se usan criterios basados en la evidencia.

Revisión simultánea

Este proceso continúa para autorizar afecciones de pacientes hospitalizados y ciertas afecciones de pacientes ambulatorios en forma simultánea al seguimiento de la evolución de un afiliado, como por ejemplo durante la hospitalización para pacientes internados o mientras se reciben servicios de cuidado de la salud en el hogar para pacientes ambulatorios.

Planificación del alta

Este elemento del proceso de revisión simultánea asegura que se planifique el alta de manera segura para el afiliado en conjunción con las órdenes de alta del médico y que se autoricen los servicios posteriores a la hospitalización, cuando sean necesarios.

Revisión retrospectiva

Este proceso de administración médica evalúa la conveniencia de los servicios médicos caso por caso, luego de que se hayan prestado los servicios. Se realiza generalmente en casos en los que se solicitó autorización previa pero no se obtuvo.

Administración de la atención o de casos
Los administradores de atención de enfermería brindan asistencia, educación y orientación a los afiliados (y a sus familias) para problemas

importantes de salud crónicos y/o agudos a largo plazo. Los administradores de atención trabajan junto con los afiliados, sus médicos y los recursos comunitarios.

Información adicional sobre el producto

Servicios para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas

Los beneficios de trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas son administrados por MHN Services, una compañía afiliada de servicios administrativos de salud del comportamiento (el administrador) que tiene contrato con Health Net para administrar dichos beneficios. Cuando necesite consultar a un profesional de salud mental participante, comuníquese con el administrador llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net. El administrador le ayudará a identificar un profesional de salud mental participante, un médico independiente participante o una asociación de proveedores independientes (por sus siglas en inglés, IPA) subcontratada dentro de la red, que se encuentren cerca de su lugar de residencia o trabajo, y con los que pueda programar una cita.

Es posible que determinados servicios y suministros para trastornos mentales y dependencia de sustancias químicas requieran una autorización previa (HMO) o una certificación previa (HSP) por parte del administrador para estar cubiertos. No se requiere autorización previa (HMO) ni certificación previa (HSP) para las visitas al consultorio para pacientes ambulatorios, pero se recomienda realizar un registro voluntario con el administrador.

Consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio para obtener una descripción más completa de los servicios y suministros para trastornos mentales y

dependencia de sustancias químicas, incluyendo aquellos que requieren una autorización previa (HMO) o una certificación previa (HSP) por parte del administrador.

Programa de medicamentos que requieren receta médica

Health Net tiene contrato con varias farmacias importantes, incluyendo farmacias que funcionan en supermercados y farmacias de propiedad privada de California. Para encontrar una farmacia participante ubicada convenientemente, visite nuestro sitio web en www.healthnet.com o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-877-609-8711.

Se aplican exclusiones y limitaciones específicas al Programa de Medicamentos que Requieren Receta Médica. Consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio para obtener todos los detalles. Recuerde que es posible que se apliquen límites en la cantidad, la dosis y la duración del tratamiento a algunos medicamentos.

Medicamentos de mantenimiento a través del programa de medicamentos de compra por correo

Si su receta es para un medicamento de mantenimiento, usted tiene la opción de surtirla a través de nuestro conveniente programa de compra por correo.

Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que requieren receta médica que se toman continuamente para controlar afecciones crónicas o a largo plazo en las que los afiliados responden de manera positiva al tratamiento con medicamentos.

El administrador de compra por correo sólo puede despachar un suministro de hasta 90 días calendario consecutivos de un medicamento de mantenimiento cubierto y cada resurtido permitido por esa receta. Los medicamentos de mantenimiento también pueden obtenerse en una farmacia CVS de venta minorista conforme al beneficio del programa de compra por correo. Si desea obtener un Formulario de Receta para Compra por Correo y más información, llame al Centro de Comunicación con el Cliente al **1-877-609-8711**.

Nota

Los narcóticos del Programa II no están cubiertos a través de la compra por correo. Consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio para obtener información adicional.

La “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” de Health Net: Medicamentos del Nivel I (la mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo cuando se encuentran en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta) y medicamentos del Nivel II (medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos, medidores de flujo espiratorio máximo, espaciadores de inhaladores, insulina y suministros para diabéticos cuando se encuentran en la Lista de Medicamentos Esenciales con Receta)

La “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” de Health Net (Formulario o la Lista) es aquella lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y afecciones. Dicha lista fue desarrollada para identificar los medicamentos más seguros y eficaces para los afiliados a Health Net y, al mismo tiempo, para tratar de mantener los beneficios de farmacia a su alcance.

Les sugerimos específicamente a todos los proveedores participantes, así como a los médicos de atención primaria y especialistas contratados de Health Net, que consulten esta

lista cuando elijan medicamentos para pacientes afiliados a Health Net. Cuando su médico le receta medicamentos que pertenecen a la “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta”, usted tiene la garantía de que recibe un medicamento que requiere receta médica de alta calidad y también de gran valor.

La “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” se actualiza regularmente, basándose en los datos del Comité de Farmacia y Terapéutica (por sus siglas en inglés, P&T) de Health Net. Los miembros de este comité son médicos que ejercen la medicina en forma activa en distintas especialidades médicas y farmacéuticos clínicos. Los miembros votantes son reclutados entre los grupos médicos contratados de toda California, basándose en su experiencia, conocimiento y pericia. Además, el Comité de Farmacia y Terapéutica consulta frecuentemente a otros expertos médicos para que brinden su aporte adicional al Comité. Se realizan actualizaciones a la “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” y las pautas de uso para medicamentos a medida que se dispone de nueva información clínica y de nuevos medicamentos. Para poder mantener actualizada la Lista, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la eficacia clínica, la seguridad y el valor general mediante:

- Publicaciones médicas y científicas,
- Experiencia relevante sobre la utilización, y
- Recomendaciones de médicos.

Para obtener una copia de la “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” más actualizada de Health Net, visite nuestro sitio web en **www.healthnet.com** o llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-877-609-8711**.

Medicamentos del Nivel III

Los medicamentos del Nivel III son medicamentos que requieren receta médica de marca no preferidos que se encuentran clasificados como de Nivel III o no se mencionan en la “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” y no están excluidos de la cobertura.

Nivel IV (medicamentos Especializados)

Los medicamentos del Nivel IV (medicamentos Especializados) son medicamentos que requieren receta médica específicos que pueden tener una disponibilidad o una distribución limitadas en farmacias; que pueden autoadministrarse por vía oral, de forma tópica, por inhalación o de forma inyectable (ya sea por vía subcutánea, intramuscular o intravenosa), lo que requiere capacitación o control clínico; que pueden fabricarse mediante el uso de la biotecnología; o que tienen un costo alto según lo establecido por Covered California. Los medicamentos del Nivel IV (medicamentos Especializados) se identifican en la “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” con “SP”. Consulte la “Lista de Medicamentos Esenciales con Receta” de Health Net en nuestro sitio web en www.healthnet.com para obtener la lista de medicamentos del Nivel IV (medicamentos Especializados).

Todos los medicamentos del Nivel IV (medicamentos Especializados) requieren la autorización previa de Health Net y es posible que deban ser despachados a través del proveedor de especialidades farmacéuticas para estar cubiertos. Los medicamentos del Nivel IV (medicamentos Especializados) no están disponibles a través de la compra por correo.

Los medicamentos auto inyectables (que no sean la insulina), incluyendo los medicamentos para el tratamiento de la hemofilia, y las agujas y jeringas utilizadas con estos medicamentos auto inyectables son considerados medicamentos del Nivel IV (medicamentos Especializados), que están sujetos a autorización previa y deben obtenerse a través del proveedor de especialidades farmacéuticas contratado por Health Net. Su médico de atención primaria o médico tratante coordinará la autorización y, una vez obtenida la aprobación, el proveedor de especialidades farmacéuticas hará los arreglos necesarios para despachar los medicamentos, las agujas y las jeringas. El proveedor de especialidades farmacéuticas puede comunicarse directamente con usted para coordinar la entrega de sus medicamentos.

¿Qué es una “autorización previa”?

Algunos medicamentos que requieren receta médica del Nivel I, Nivel II y Nivel III requieren autorización previa. Esto significa que su médico debe comunicarse previamente con Health Net para proporcionarle la razón médica por la cual receta dicho medicamento. Al recibir la solicitud de su médico para una autorización previa, Health Net evaluará la información presentada y tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento en particular. Usted puede obtener una lista de los medicamentos que requieren autorización previa visitando nuestro sitio web en www.healthnet.com o llamando al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada.

Los criterios usados para la autorización previa se desarrollan y se basan en los aportes del Comité de Farmacia y Terapéutica de Health Net, así como en los de especialistas médicos expertos. Su médico puede comunicarse con Health Net para obtener las pautas de uso para medicamentos específicos.

Si Health Net deniega la autorización, usted recibirá una comunicación por escrito, que incluirá el motivo específico de la denegación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla. Consulte la sección “¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con Health Net?” que aparece anteriormente en esta guía.

Exclusiones y limitaciones del programa de medicamentos que requieren receta médica

Los servicios o suministros excluidos en los servicios de farmacia pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Además de las exclusiones y limitaciones detalladas a continuación, los beneficios para los medicamentos que requieren receta médica están sujetos a las exclusiones y limitaciones generales del plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* para obtener más información.

- El suero para alergias está cubierto como un beneficio médico.

- Los medicamentos de marca que tienen equivalentes genéricos no están cubiertos sin la autorización previa de Health Net.
- La cobertura para dispositivos se limita a dispositivos anticonceptivos vaginales, medidores de flujo espiratorio máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para diabéticos. Ningún otro dispositivo está cubierto, aun cuando sea recetado por un médico participante.
- Los medicamentos recetados para el tratamiento de la obesidad no están cubiertos, excepto cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida.
- Medicamentos recetados para acortar la duración de un resfrío común.
- Medicamentos experimentales (los que están rotulados con la siguiente leyenda: “Caution - Limited by Federal Law to investigational use only” [Precaución: Limitado, por las Leyes Federales, para uso de investigación solamente]). Si se le deniega la cobertura de un medicamento porque éste es experimental o de investigación, usted tendrá derecho a una Revisión Médica Independiente. Para obtener información adicional, consulte la sección “¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con Health Net?” de este folleto.
- Agujas o jeringas hipodérmicas, excepto las agujas, jeringas y marcas específicas de plumas para insulina.
- Las dosis individuales de medicamentos despachados en envases plásticos, dosis unitarias o envases de papel de aluminio y las dosificaciones usadas por conveniencia, según lo determinado por Health Net, están cubiertas sólo cuando son médicamente necesarias o cuando el medicamento se encuentra disponible únicamente en esa forma.
- Los medicamentos de compra por correo están cubiertos por un suministro para un período de hasta 90 días calendario consecutivos. Los medicamentos de mantenimiento también pueden obtenerse en una farmacia CVS de venta minorista conforme al beneficio del programa de compra por correo, excepto en el caso de los planes Bronze y Minimum Coverage.
- Algunos medicamentos están sujetos a limitaciones de cantidad específicas por copago basadas en las recomendaciones de uso de la FDA o en las pautas de uso de Health Net. Los medicamentos que se toman “según sea necesario” pueden tener un copago basado en una cantidad específica, o en el envase, el frasco, la ampolla, o el tubo estándar o cualquier otra unidad estándar. En dicho caso, la cantidad del medicamento que se despacha puede ser inferior al suministro necesario para un período de 30 días calendario consecutivos. Si es medicamento necesario, su médico puede solicitar a Health Net una cantidad mayor.
- Los equipos y suministros médicos (incluyendo la insulina) que se encuentran disponibles sin una receta están cubiertos cuando son recetados por un médico para el control y el tratamiento de la diabetes o con fines preventivos de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., incluyendo los medicamentos para dejar de fumar, o bien, para la anticoncepción femenina según lo aprobado por la FDA. Cualquier otro medicamento, equipo médico o suministro que pueda comprarse sin una receta médica no está cubierto aun cuando el médico escriba una receta médica para dicho medicamento, equipo o suministro. Sin embargo, si una dosis más alta de un medicamento que requiere receta médica o de un medicamento de venta libre (por sus siglas en inglés, OTC) se encuentra disponible sólo con receta, ese medicamento de dosis más alta puede estar cubierto si es médicamente necesario. Si un medicamento que anteriormente se encontraba disponible con receta se vuelve disponible en forma de venta libre con la misma indicación de concentración, entonces los medicamentos que requieren receta médica que sean agentes similares y tengan efectos clínicos comparables estarán cubiertos sólo cuando sean médicamente necesarios y se obtenga la autorización previa de Health Net.
- Medicamentos que requieren receta médica surtidos en farmacias que no pertenecen a la red de farmacias de Health Net, excepto en situaciones de atención de emergencia o atención de urgencia.

- Los medicamentos que requieren receta médica recetados por un médico que no es un médico afiliado o participante ni un especialista autorizado no están cubiertos, excepto cuando los servicios de dicho médico hayan sido autorizados o cuando se proporcionen debido a una afección médica, enfermedad o lesión de emergencia, para la atención requerida de urgencia o de acuerdo con lo específicamente indicado.
- Reemplazo de medicamentos extraviados, robados o dañados.
- Las cantidades de suministros de recetas que excedan las recomendaciones de uso indicadas por la FDA o por Health Net no están cubiertas, a menos que sean médicamente necesarias y que se obtenga la autorización previa de Health Net.
- Los medicamentos recetados para una afección o un tratamiento no contemplados por este plan no están cubiertos. Sin embargo, el plan sí cubre los medicamentos médicamente necesarios para afecciones médicas directamente relacionadas con servicios no cubiertos cuando las complicaciones exceden la atención de seguimiento de rutina (como complicaciones de riesgo vital de una cirugía cosmética).
- Los medicamentos (incluyendo los medicamentos inyectables), cuando son médicamente necesarios para el tratamiento de la disfunción sexual, se limitan a un máximo de 8 dosis en cualquier período de 30 días.

Éste es sólo un resumen. Para obtener un listado completo, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio.

Programa de cuidado de acupuntura

Los servicios de acupuntura son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para ofrecer una cobertura de acupuntura de calidad y a su alcance. Con este programa, usted puede obtener cuidado seleccionando un acupunturista contratado del *Directorio de Acupunturistas Contratados de Planes ASH*.

Planes ASH coordinará los servicios de acupuntura cubiertos para usted. Puede tener acceso a cualquier acupunturista contratado sin necesidad de una remisión de parte de un proveedor participante, un médico o su médico de atención primaria.

Puede recibir los servicios de acupuntura cubiertos de cualquier acupunturista contratado y no se le exigirá que designe previamente, antes de su consulta, al acupunturista contratado que le brindará los servicios de acupuntura cubiertos. Debe recibir los servicios de acupuntura cubiertos de un acupunturista contratado, excepto en los siguientes casos:

- Puede recibir servicios de acupuntura de emergencia de cualquier acupunturista, incluyendo a un acupunturista no contratado; y
- Si los servicios de acupuntura cubiertos no se encuentran disponibles y accesibles en el condado donde vive, puede obtenerlos de un acupunturista no contratado que se encuentre disponible y accesible para usted en un condado vecino únicamente mediante una remisión de Planes ASH.

Todos los servicios de acupuntura cubiertos requieren la aprobación previa de Planes ASH, excepto:

- El examen de un paciente nuevo realizado por un acupunturista contratado y la provisión o el comienzo, durante el examen de dicho paciente nuevo, de servicios médicamente necesarios que son servicios de acupuntura cubiertos, en la medida que concuerden con los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica; y
- Servicios de acupuntura de emergencia.

Exclusiones y limitaciones del programa de cuidado de acupuntura

Los servicios o suministros excluidos en el programa de cuidado de acupuntura podrían estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del plan para obtener más información.

- Los aparatos y servicios auxiliares no están cubiertos;
- Los servicios proporcionados por un acupunturista que ejerza fuera de California no están cubiertos, excepto los concernientes a servicios de acupuntura de emergencia;
- Los estudios de radiología de diagnóstico, incluyendo estudios de MRI o termografía, no están cubiertos;
- Rayos X, pruebas de laboratorio y segundas opiniones sobre rayos X;
- La hipnoterapia, el entrenamiento del comportamiento, la terapia del sueño y los programas para bajar de peso no están cubiertos;
- Los programas educativos, el autocuidado no médico, el entrenamiento de autoayuda y las pruebas de diagnóstico relacionadas no están cubiertos;
- Los servicios de acupuntura experimentales o de investigación no están cubiertos;
- Los cargos por internación hospitalaria y servicios relacionados no están cubiertos;
- Los cargos por anestesia no están cubiertos;
- Los servicios o el tratamiento brindados por acupunturistas no contratados por Planes ASH no están cubiertos, excepto los concernientes a servicios de acupuntura de emergencia;
- Sólo están cubiertos los servicios que se encuentran dentro del alcance de la licencia de un acupunturista con licencia en California.

Éste es sólo un resumen. Para obtener un listado completo, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio.

Programa de cuidado de la vista pediátrico (desde el nacimiento hasta los 18 años)

Los beneficios de lentes y accesorios son proporcionados por Health Net. Health Net tiene contrato con EyeMed Vision Care, LLC, un panel de proveedores de servicios de la vista, para proporcionar y administrar los beneficios de lentes y accesorios. EyeMed Vision Care provee beneficios de lentes y accesorios a través de una red de ópticos y laboratorios de optometría. Los exámenes de la vista se proporcionan a través de su proveedor o grupo médico participante, o bien, usted puede programar un examen de la vista a través de EyeMed Vision Care. Para encontrar un distribuidor de lentes y accesorios participante, llame al Programa Health Net Vision al 1-866-392-6058 o visite nuestro sitio web en www.healthnet.com.

Servicios profesionales	Copago
Examen de la vista de rutina con dilatación	\$0 ¹
Examen para lentes de contacto Lentes de contacto estándar, ajuste y seguimiento	Hasta \$55
Lentes de contacto de primera calidad, ajuste y seguimiento	10% de descuento sobre el precio de venta minorista

Limitación:

¹De acuerdo con los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica, este plan cubre un examen de la vista completo una vez por año calendario.

Nota: El examen para lentes de contacto es independiente del examen de la vista del afiliado. No hay ningún copago adicional por consulta de seguimiento para lentes de contacto después del examen de ajuste inicial.

Los beneficios no pueden combinarse con descuentos, ofertas promocionales ni otros planes de beneficios de grupo. Las asignaciones son beneficios que pueden utilizarse una sola vez. No se acumulan saldos.

Los lentes de contacto estándar incluyen lentes de contacto blandos, esféricos y de uso diario.

Los lentes de contacto de primera calidad incluyen lentes de contacto tóricos, bifocales, multifocales, cosméticos, de color, postoperatorios y de gas permeable.

Materiales (incluye marcos y lentes)	Copago
Marcos seleccionados por el proveedor (uno cada 12 meses)	\$0
Lentes de anteojos de plástico estándar (un par cada 12 meses) <ul style="list-style-type: none"> • Monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares • De vidrio o de plástico 	\$0
Lentes y tratamientos opcionales, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento UV • Matiz (de moda, en degradé y de vidrio gris) • Plástico estándar, protección contra las raspaduras • Policarbonato estándar • Fotocromáticos/Transitions, plástico • Protección antirreflejos estándar • Polarizados • Lentes progresivos estándar • Lentes de alto índice • Lentes de segmento fusionado • Lentes de visión intermedia • Lentes seleccionados o ultraprogresivos 	\$0
Lentes progresivos de primera calidad	\$0
Lentes de contacto seleccionados por el proveedor (en lugar de lentes de anteojos) <ul style="list-style-type: none"> • De uso extendido desechables: suministro para un período de hasta 6 meses de lentes de contacto desechables, monofocales esféricos o tóricos de un mes o 2 semanas de duración • De uso diario/desechables: suministro para un período de hasta 3 meses de lentes de contacto desechables, monofocales esféricos de un día de duración • Convencionales: un par de lentes de contacto designados de la selección del proveedor • Medicamente necesarios² 	\$0
² Los lentes de contacto se definen como medicamente necesarios si a la persona se le diagnostica una de las siguientes afecciones: <ul style="list-style-type: none"> • Alta ametropía que excede los -10D o +10D en las potencias meridionales • Anisometropía de 3D en las potencias meridionales • Queratocono cuando la vista del afiliado no puede corregirse a 20/25 en cualquiera de los dos ojos mediante el uso de lentes de anteojos estándar • Mejora en la vista para afiliados cuya vista se puede corregir dos líneas de mejora en el cuadro de agudeza visual cuando se compara con los lentes de anteojos estándar mejor corregidos 	

Lentes de contacto medicamente necesarios:
La cobertura de lentes de contacto medicamente necesarios está sujeta a la necesidad médica, a la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP) de Health Net, y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables.

Exclusiones y limitaciones del programa de cuidado de la vista pediátrico

Los servicios o suministros excluidos en el programa de cuidado de la vista pueden estar cubiertos en la sección de beneficios médicos de su plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* del plan para obtener más información.

- Los servicios y suministros proporcionados por un proveedor que no es un proveedor de la vista participante no están cubiertos.
- Los cargos por los servicios y materiales que Health Net determine que no son médicamente necesarios están excluidos. Un examen de la vista de rutina con dilatación está cubierto cada año calendario y no está sujeto a la necesidad médica.
- Los lentes sin aumento (que no requieren receta médica) están excluidos.
- La cobertura de recetas de lentes de contacto está sujeta a la necesidad médica, a la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP) de parte de Health Net, y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables. Cuando están cubiertos, los lentes de contacto se proporcionarán al mismo intervalo de cobertura que los lentes de anteojos conforme a este beneficio de la vista. Se cubren en lugar de todos los lentes de anteojos y marcos.
- Los cargos médicos y hospitalarios de cualquier tipo, los servicios de la vista brindados en un hospital y el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos no están cubiertos.
- El reemplazo debido a pérdida, robo o destrucción está excluido, excepto cuando dicho reemplazo se realiza en intervalos de tiempo regulares de cobertura conforme a este plan.
- Un segundo par de anteojos en lugar de los bifocales está excluido del beneficio básico. Sin embargo, los proveedores de la vista participantes de Health Net ofrecen descuentos de hasta un 40 por ciento de sus honorarios habituales por compras secundarias realizadas una vez que se haya agotado el beneficio inicial.

Éste es sólo un resumen. Para obtener un listado completo, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio.

Servicios dentales pediátricos (desde el nacimiento hasta los 18 años)

A excepción de lo descrito a continuación, para que estén cubiertos, todos los servicios siguientes deben ser proporcionados por el proveedor dental primario participante de Health Net que seleccionó.

Si usted ha adquirido un plan de beneficios dentales pediátricos suplementario en el Intercambio, los beneficios dentales pediátricos cubiertos conforme a este plan se pagarán primero, y el plan de beneficios dentales pediátricos suplementario cubrirá los servicios no cubiertos y/o los costos compartidos según se describen en el documento de cobertura de su plan de beneficios dentales pediátricos suplementario.

IMPORTANTE: Si opta por recibir servicios dentales que no están cubiertos conforme a este plan, un proveedor dental participante puede cobrarle su tasa habitual y acostumbrada por esos servicios. Antes de proporcionar a un paciente servicios dentales que no sean un beneficio cubierto, el dentista debe brindar al paciente un plan de tratamiento que incluya todos los servicios previstos que se prestarán y el costo estimado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación dental de Health Net o a su agente de seguro médico. Para comprender su cobertura íntegramente, le recomendamos que revise con cuidado su documento *Evidencia de Cobertura*.

Los diseños de la administración de estos planes dentales pediátricos cumplen con los requisitos del plan de referencia de Beneficios de Salud Esenciales (por sus siglas en inglés, EHB) para planes dentales pediátricos, incluyendo la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica según lo definido en el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (por sus siglas en inglés, EPSDT) para servicios dentales pediátricos.

Nota: Para el plan HSP Minimum Coverage, se aplican los copagos dentales pediátricos enumerados a continuación hasta que se alcanza el deducible por año calendario. Una vez que se alcanza el deducible por año calendario correspondiente al plan HSP Minimum Coverage, su copago es de \$0 por los servicios cubiertos indicados durante el resto del año calendario.

Cómo seleccionar un dentista

- Paso 1:** Vaya a www.yourdentalplan.com/healthnet.
- Paso 2:** Haga clic en *Buscar un Dentista* en “Enlaces y Herramientas” en el panel de navegación que aparece a la derecha.
- Paso 3:** Seleccione *Health Net DHMO CA ONLY*, de la lista desplegable. Seleccione una Red.
- Paso 4:** Seleccione si desea buscar un dentista por ubicación, por nombre del dentista o por nombre del consultorio.
- Paso 5:** Ingrese sus criterios de búsqueda, luego haga clic en *Enviar* en la parte inferior de la página para obtener los resultados de la búsqueda.

Puede cambiar de dentista primario una vez al mes. Los cambios de dentistas primarios que se realizan antes del día 15 del mes entran en vigencia el primer día del mes siguiente. Simplemente seleccione un nuevo dentista del listado de dentistas primarios y llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Dental al 1-866-249-2382 para informar sobre su cambio.

Remisiones a especialistas

Durante el tratamiento, es posible que usted requiera los servicios de un especialista. El dentista primario que seleccionó nos enviará toda la documentación requerida y nosotros

le informaremos a usted sobre el nombre, la dirección y el número de teléfono del especialista que le proporcionará el tratamiento solicitado. Estos servicios se encuentran disponibles únicamente cuando el dentista primario seleccionado no puede realizar el procedimiento dental debido a la gravedad del problema.

Remisiones a especialistas para atención de ortodoncia

El dentista primario de cada afiliado es responsable de dirigir y coordinar toda la atención dental de los beneficios del afiliado. Si su dentista primario le recomienda atención de ortodoncia y usted desea recibir los beneficios para dicha atención conforme a este plan dental, el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net le ayudará a seleccionar un ortodoncista participante del directorio de ortodoncistas participantes.

Servicios dentales de emergencia

Los servicios dentales de emergencia son procedimientos dentales administrados en el consultorio de un dentista, una clínica dental u otro centro comparable para evaluar y estabilizar afecciones dentales de aparición reciente y gravedad acompañadas de sangrado excesivo, dolor intenso o infección aguda que una persona podría esperar de manera razonable que requieren atención dental inmediata.

Todos los dentistas generales seleccionados prestan servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana y le recomendamos que busque atención de parte del dentista general que seleccionó. Si necesita servicios dentales de emergencia, puede ir a cualquier proveedor dental o a la sala de emergencias más cercana, o bien, llamar al 911 para obtener asistencia, según sea necesario. No se requiere autorización previa para los servicios dentales de emergencia.

Código	Servicio	Copago
Servicios de diagnóstico		
D0120	Evaluación bucal periódica: paciente existente, limitada a 1 cada 6 meses	Sin cargo
D0140	Evaluación bucal limitada: basada en un problema	Sin cargo
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y orientación con el cuidador principal	Sin cargo
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o existente	Sin cargo
D0160	Evaluación bucal de tallada y exhaustiva: basada en un problema, por informe	Sin cargo
D0170	Nueva evaluación: limitada, basada en un problema (consulta que no es postoperatoria) hasta seis veces en un período de 3 meses y hasta un máximo de 12 en un período de 12 meses	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o existente	Sin cargo
D0210	Rayos X intrabucales: serie completa (incluyendo rayos X de aleta de mordida [bitewing]), limitados a una vez cada 36 meses	Sin cargo
D0220	Rayos X intrabucales: periapicales, primera película, limitados a un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses	Sin cargo
D0230	Rayos X intrabucales: periapicales, cada película adicional, limitados a un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses	Sin cargo
D0240	Rayos X intrabucales: película oclusal, limitados a 2 en un período de 6 meses	Sin cargo
D0250	Extrabucal: primera película	Sin cargo
D0270	Rayos X de aleta de mordida (bitewing): una sola película, limitados a una vez por fecha de servicio	Sin cargo
D0272	Rayos X de aleta de mordida (bitewing): dos películas, limitados a una vez cada 6 meses	Sin cargo
D0273	Rayos X de aleta de mordida (bitewing): tres películas	Sin cargo
D0274	Rayos X de aleta de mordida (bitewing): cuatro películas, limitados a 1 serie cada 6 meses	Sin cargo
D0277	Rayos X de aleta de mordida (bitewing) verticales: de 7 a 8 películas	Sin cargo
D0290	Imagen radiográfica de evaluación del cráneo y los huesos faciales, posterior-anterior o lateral, limitada a un máximo de 3 por fecha de servicio	Sin cargo
D0310	Sialografía	Sin cargo
D0320	Artrografía de la articulación temporomandibular, incluyendo la inyección, limitada a un máximo de 3 por fecha de servicio	Sin cargo
D0322	Examen tomográfico, limitado a dos veces en un período de 12 meses	Sin cargo
D0330	Rayos X panorámicos, limitados a una vez en un período de 36 meses	Sin cargo
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica, limitada a dos veces en un período de 12 meses	Sin cargo
D0350	Imagen fotográfica, 1.ª, limitada a un máximo de 4 por fecha de servicio	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo
D0470	Moldes de diagnóstico, pueden proporcionarse sólo si se encuentra presente una de las afecciones anteriores	Sin cargo
D0502	Otros procedimientos para patologías orales, por informe	Sin cargo
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo bajo	Sin cargo
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo modo rado	Sin cargo
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo alto	Sin cargo
D0999	Honorario por visita al consultorio: por cada consulta (procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe)	Sin cargo
Servicios preventivos		
D1110	Profilaxis: adulto, limitada a una vez en un período de 12 meses	Sin cargo
D1120	Profilaxis: niño, limitada a una vez en un período de 6 meses	Sin cargo
D1206	Barniz tópico de fluoruro, limitado a una vez en un período de 6 meses	Sin cargo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro, limitada a una vez en un período de 6 meses	Sin cargo

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D1310	Orientación nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin cargo
D1320	Orientación sobre el consumo de tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	Sin cargo
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin cargo
D1351	Sellador: por diente, limitado a los primeros, segundos y terceros molares permanentes que ocupan la posición del segundo molar	Sin cargo
D1352	Restauración preventiva de resina en un paciente con riesgo de caries mode rado a alto: diente permanente, limitada a los primeros, segundos y terceros molares permanentes que ocupan la posición del segundo molar	Sin cargo
D1510	Separador: fijo, unilateral, limitado a una vez por cuadrante	Sin cargo
D1515	Separador: fijo, bilateral	Sin cargo
D1520	Separador: extraíble, unilateral, limitado a una vez por cuadrante	Sin cargo
D1525	Separador: extraíble, bilateral	Sin cargo
D1550	Recementación del separador	Sin cargo
D1555	Extracción de separador fijo	Sin cargo
Servicios de restauración		
D2140	Amalgama: una superficie, primario, limitada a una vez en un período de 12 meses Amalgama: una superficie, permanente, limitada a una vez en un período de 36 meses	\$25 \$25
D2150	Amalgama: dos superficies, primario, limitada a una vez en un período de 12 meses Amalgama: dos superficies, permanente, limitada a una vez en un período 36 meses	\$30 \$30
D2160	Amalgama: tres superficies, primario, limitada a una vez en un período de 12 meses Amalgama: tres superficies, permanente, limitada a una vez en un período de 36 meses	\$40 \$40
D2161	Amalgama: cuatro superficies o más, primario, limitada a una vez en un período de 12 meses Amalgama: cuatro superficies o más, permanente, limitada a una vez en un período de 36 meses	\$45 \$45
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior primario, limitado a una vez en un período de 12 meses Compuesto a base de resina: una superficie, anterior permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$30 \$30
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior primario, limitado a una vez en un período de 12 meses Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$45 \$45
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior primario, limitado a una vez en un período de 12 meses Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$55 \$55
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, o que involucre un ángulo incisivo (anterior) primario, limitado a una vez en un período de 12 meses Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, o que involucre un ángulo incisivo (anterior) permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$60 \$60
D2390	Corona con compuesto a base de resina: anterior, primario, limitada a una vez en un período de 12 meses Corona con compuesto a base de resina: anterior, permanente, limitada a una vez en un período de 36 meses	\$50 \$50
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior, primario, limitado a una vez en un período de 12 meses Compuesto a base de resina: una superficie, posterior, permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$30 \$30

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior, primario, limitado a una vez en un período de 12 meses	\$40
	Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior, permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$40
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior, primario, limitado a una vez en un período de 12 meses	\$50
	Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior, permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$50
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, posterior, primario, limitado a una vez en un período de 12 meses	\$70
	Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más, posterior, permanente, limitado a una vez en un período de 36 meses	\$70
Coronas: Restauraciones simples únicamente		
D2710	Corona: compuesto a base de resina (indirecto), limitada a una vez en un período de 5 años	\$140
D2712	Corona: $\frac{3}{4}$ de compuesto a base de resina (indirecto), limitada a una vez en un período de 5 años	\$190
D2721	Corona: resina con metal predominantemente básico, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D2740	Corona: substrato de porcelana/cerámica, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D2751	Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D2781	Corona: $\frac{3}{4}$ de metal predominantemente básico moldeado, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D2783	Corona: $\frac{3}{4}$ de porcelana/cerámica, limitada a una vez en un período de 5 años	\$310
D2791	Corona: totalmente de metal predominantemente básico moldeado, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D2910	Recementación de incrustación, recubrimiento o restauración de cobertura parcial, limitada a una vez en un período de 12 meses	\$25
D2915	Recementación de espiga y muñón moldeados o prefabricados	\$25
D2920	Recementación de corona	\$25
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada: diente primario, limitada a una vez en un período de 12 meses	\$95
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario, limitada a una vez en un período de 12 meses	\$65
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente, limitada a una vez en un período de 36 meses	\$75
D2932	Corona de resina prefabricada: primario, limitada a una vez en un período de 12 meses	\$75
	Corona de resina prefabricada: permanente, limitada a una vez en un período de 36 meses	\$75
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina: primario, limitada a una en un período de 12 meses	\$80
	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina: permanente, limitada a una en un período de 36 meses	\$80
D2940	Restauración protectora, limitada a una vez por diente en un período de 12 meses	\$25
D2950	Reconstrucción del muñón, incluyendo pernos	\$20
D2951	Retención del perno: por diente, además de la restauración	\$25
D2952	Espiga y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente, limitados a una vez por diente sin importar la cantidad de espigas colocadas	\$100
D2953	Cada espiga adicional fabricada indirectamente: mismo diente	\$30
D2954	Espiga y muñón prefabricados, además de la corona, limitados a una vez por diente sin importar la cantidad de espigas colocadas	\$90

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D2955	Extracción de la espiga	\$60
D2957	Cada espiga adicional prefabricada: mismo diente	\$35
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo el armazón de una de ntadura postiza parcial existente	\$35
D2980	Reparación de la corona, por informe	\$50
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe	\$40
Endodoncia		
D3110	Protección de la pulpa, directa (excluyendo la restauración final)	\$20
D3120	Protección de la pulpa, indirecta (excluyendo la restauración final)	\$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final), limitada a una vez por diente primario	\$40
D3221	Desbridamiento de la pulpa: dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis, diente permanente con desarrollo de raíz incompleto, limitada a una vez por diente permanente	\$60
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior, primario (excluyendo la restauración final), limitada a una vez por diente primario	\$55
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior, primario (excluyendo la restauración final), limitada a una vez por diente primario	\$55
D3310	Tratamiento de conducto, anterior (excluyendo la restauración final), limitado a una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial	\$195
D3320	Tratamiento de conducto, bicúspide (excluyendo la restauración final), limitado a una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial	\$235
D3330	Tratamiento de conducto, molar (excluyendo la restauración final), limitado a una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial	\$300
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto; acceso no quirúrgico	\$50
D3332	Terapia de endodoncia incompleta: diente inoperable, fracturado o que no puede restaurarse	\$50
D3333	Reparación interna de la raíz por de fectos de perforación	\$80
D3346	Repetición de un tratamiento de conducto previo: anterior	\$240
D3347	Repetición de un tratamiento de conducto previo: bicúspide	\$295
D3348	Repetición de un tratamiento de conducto previo: molar	\$365
D3351	Apexificación/recalcificación: consulta inicial, limitada a una vez por diente permanente	\$85
D3352	Apexificación/recalcificación: reemplazo del medicamento provisorio sólo después de D3351. Limitada a una vez por diente permanente.	\$45
D3410	Apicoectomía/cirugía perirradicular: dientes anteriores permanentes únicamente	\$240
D3421	Apicoectomía/cirugía perirradicular: dientes bicúspides (primera raíz) permanentes únicamente	\$250
D3425	Apicoectomía/cirugía perirradicular: primeros y segundos molares permanentes, únicamente molares (primera raíz)	\$275
D3426	Apicoectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional): dientes permanentes únicamente	\$110
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$90
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar el diente con dique de caucho	\$30
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	\$100
Periodoncia		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$50
D4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro	\$165

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D4260	Cirugía ósea, mucogingival: una vez por cuadrante cada 36 meses	\$265
D4261	Cirugía ósea (incluyendo entrada y cierre del colgajo): de uno a tres dientes contiguos o espacios de limitados entre dientes, una vez por cuadrante cada 36 meses	\$140
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración del tejido óseo y blando	\$80
D4341	Eliminación del sarro y alisado radicular periodontal: cuatro dientes o más, una vez por cuadrante cada 24 meses	\$55
D4342	Eliminación del sarro y alisado radicular periodontal: de uno a tres dientes, una vez por cuadrante cada 24 meses	\$30
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales	\$40
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un excipiente de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	\$10
D4910	Mantenimiento periodontal: limitado a una vez en un trimestre calendario	\$30
D4920	Cambio de vendaje no programado (realizado por una persona que no es el dentista tratante)	\$15
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	\$350
Prostodoncia, extraíble		
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar, limitada a una vez en un período de 5 años a partir de una dentadura postiza completa previa, inmediata o sobrepuesta	\$300
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular, limitada a una vez en un período de 5 años a partir de una dentadura postiza completa previa, inmediata o sobrepuesta	\$300
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$300
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$300
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial: con base de resina (incluyendo ganchos, soportes y dientes convencionales), limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial: con base de resina (incluyendo ganchos, soportes y dientes convencionales), limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial: armazón metálico moldeado, con bases de dentadura de resina (incluyendo ganchos, soportes y dientes convencionales), limitada a una vez en un período de 5 años	\$335
D5214	Dentadura postiza mandibular parcial: armazón metálico moldeado, con bases de dentadura de resina (incluyendo ganchos, soportes y dientes convencionales), limitada a una vez en un período de 5 años	\$335
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa: maxilar, limitado a una vez por fecha de servicio; dos veces en un período de 12 meses	\$20
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa: mandibular, limitado a una vez por fecha de servicio; dos veces en un período de 12 meses	\$20
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial: maxilar, limitado a una vez por fecha de servicio; dos veces en un período de 12 meses	\$20
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial: mandibular, limitado a una vez por fecha de servicio; dos veces en un período de 12 meses	\$20
D5510	Reparación de la base rota de la dentadura postiza completa, limitada a una vez por arco por fecha de servicio; dos veces en un período de 12 meses	\$40
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos: dentadura postiza completa (cada diente), limitado a un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio; dos veces por arco en un período de 12 meses	\$40
D5610	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza, limitada a una vez por arco por fecha de servicio; dos veces por arco en un período de 12 meses	\$40
D5620	Reparación del armazón moldeado, limitada a una vez por arco por fecha de servicio; dos veces por arco en un período de 12 meses	\$40

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos rotos, limitados a un máximo de tres por fecha de servicio; dos veces por arco en un período de 12 meses	\$50
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente, limitado a un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio; dos veces por arco en un período de 12 meses	\$35
D5650	Agregado de un diente a una dentadura postiza parcial existente, limitado a un máximo de tres por fecha de servicio; una vez por diente	\$35
D5660	Agregado de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, limitado a un máximo de tres por fecha de servicio; dos veces por arco en un período de 12 meses	\$60
D5730	Rellenado de una dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$60
D5731	Rellenado de una dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$60
D5740	Rellenado de una dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$60
D5741	Rellenado de una dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$60
D5750	Rellenado de una dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$90
D5751	Rellenado de una dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$90
D5760	Rellenado de una dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$80
D5761	Rellenado de una dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio), limitado a una vez en un período de 12 meses	\$80
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar, limitado a dos veces por prótesis en un período de 36 meses	\$30
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular, limitado a dos veces por prótesis en un período de 36 meses	\$30
D5862	Aditamento de precisión, por informe	\$90
D5863	Dentadura postiza sobrepuesta: maxilar completa	\$300
D5865	Dentadura postiza sobrepuesta: maxilar completa	\$300
D5899	Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado, por informe	\$350
Prótesis maxilofaciales		
D5911	Molde facial (sección)	\$285
D5912	Molde facial (completo)	\$350
D5913	Prótesis nasal	\$350
D5914	Prótesis auricular	\$350
D5915	Prótesis orbital	\$350
D5916	Prótesis ocular	\$350
D5919	Prótesis facial	\$350
D5922	Prótesis de tabique nasal	\$350
D5923	Prótesis ocular, provisoria	\$350
D5924	Prótesis craneal	\$350
D5925	Prótesis para implante de aumento facial	\$200
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200
D5928	Prótesis orbital, reemplazo	\$200
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200
D5931	Prótesis de obturación, quirúrgica	\$350

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D5932	Prótesis de obturación, definitiva	\$350
D5933	Prótesis de obturación, modificación, limitada a dos veces en un período de 12 meses	\$150
D5934	Prótesis para resección mandibular con brida guía	\$350
D5935	Prótesis para resección mandibular sin brida guía	\$350
D5936	Prótesis de obturación, provisoria	\$350
D5937	Aparato para trismo (no para el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular)	\$85
D5951	Prótesis de ayuda con la alimentación	\$135
D5952	Prótesis de ayuda del habla, pediátrica	\$350
D5953	Prótesis de ayuda del habla, adultos	\$350
D5954	Prótesis para aumento de paladar	\$135
D5955	Prótesis de elevación de paladar, definitiva	\$350
D5958	Prótesis de elevación de paladar, provisoria	\$350
D5959	Prótesis de elevación de paladar, modificación, limitada a dos veces en un período de 12 meses	\$145
D5960	Prótesis de ayuda del habla, modificación, limitada a dos veces en un período de 12 meses	\$145
D5982	Estent quirúrgico	\$70
D5983	Portador de radiación	\$55
D5984	Protector de radiación	\$85
D5985	Localizador del cono de radiación	\$135
D5986	Portador de gel de fluoruro	\$35
D5987	Férula para comisura	\$85
D5988	Férula quirúrgica	\$95
D5991	Portador de medicamentos tópicos	\$70
D5999	Duplicación de dentaduras postizas	\$350
Servicios de implante		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: endosteal	\$350
D6040	Colocación quirúrgica: implante eosteal	\$350
D6050	Colocación quirúrgica: implante transosteal	\$350
D6055	Barra de conexión: con apoyo en implante o soporte	\$350
D6056	Soporte prefabricado: incluye modificación y colocación	\$135
D6057	Soporte fabricado a la medida: incluye colocación	\$180
D6058	Corona de porcelana/cerámica con apoyo en soporte	\$320
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal con apoyo en soporte (metal muy noble)	\$315
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal con apoyo en soporte (metal predominantemente básico)	\$295
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal con apoyo en soporte (metal noble)	\$300
D6062	Corona de metal moldeado con apoyo en soporte (metal muy noble)	\$315
D6063	Corona de metal moldeado con apoyo en soporte (metal predominantemente básico)	\$300
D6064	Corona de metal moldeado con apoyo en soporte (metal noble)	\$315
D6065	Corona de porcelana/cerámica con apoyo en implante	\$340
D6066	Corona de porcelana fundida sobre metal con apoyo en implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	\$335

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D6067	Corona de metal con apoyo en implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	\$340
D6068	Retenedor con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	\$320
D6069	Retenedor con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal muy noble)	\$315
D6070	Retenedor con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal predominantemente básico)	\$290
D6071	Retenedor con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal noble)	\$300
D6072	Retenedor con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija de metal moldeado (metal muy noble)	\$315
D6073	Retenedor con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija de metal moldeado (metal predominantemente básico)	\$290
D6074	Retenedor con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija de metal moldeado (metal noble)	\$320
D6075	Retenedor con apoyo en implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	\$335
D6076	Retenedor con apoyo en implante para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (titanio, aleación de titanio o metal muy noble)	\$330
D6077	Retenedor con apoyo en implante para dentadura postiza parcial fija de metal moldeado (titanio, aleación de titanio o metal muy noble)	\$350
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluyendo extracción de prótesis, limpieza de prótesis y soportes, y reinscripción de prótesis	\$30
D6090	Reparación de prótesis con apoyo en implante, por informe	\$65
D6091	Reemplazo de aditamento de precisión o semiprecisión (componente masculino o femenino) de prótesis con apoyo en implante/soporte, por aditamento	\$40
D6092	Recementación de corona con apoyo en implante/soporte	\$25
D6093	Recementación de dentadura postiza parcial fija con apoyo en implante/soporte	\$35
D6094	Corona con apoyo en soporte (titanio)	\$295
D6095	Reparación de soporte de implante, por informe	\$65
D6100	Extracción de implante, por informe	\$110
D6110	Dentadura postiza extraíble con apoyo en implante/soporte para arco desdentado: maxilar	\$350
D6111	Dentadura postiza extraíble con apoyo en implante/soporte para arco desdentado: mandibular	\$350
D6112	Dentadura postiza extraíble con apoyo en implante/soporte para arco parcialmente desdentado: maxilar	\$350
D6113	Dentadura postiza extraíble con apoyo en implante/soporte para arco parcialmente desdentado: mandibular	\$350
D6114	Dentadura postiza fija con apoyo en implante/soporte para arco desdentado: maxilar	\$350
D6115	Dentadura postiza fija con apoyo en implante/soporte para arco desdentado: mandibular	\$350
D6116	Dentadura postiza fija con apoyo en implante/soporte para arco parcialmente desdentado: maxilar	\$350
D6117	Dentadura postiza fija con apoyo en implante/soporte para arco parcialmente desdentado: mandibular	\$350
D6190	Índice radiográfico/quirúrgico del implante, por informe	\$75
D6194	Corona de retención con apoyo en soporte para dentadura postiza parcial fija (titanio)	\$265
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350

(continúa)

Código	Servicio	Copago
Prostodoncia fija		
D6211	Póntico: metal predominantemente básico moldeado, limitado a una vez en un período de 5 años	\$300
D6241	Póntico: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico, limitado a una vez en un período de 5 años	\$300
D6245	Póntico: porcelana/cerámica, limitado a una vez en un período de 5 años	\$300
D6251	Corona: resina con metal predominantemente básico, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D6721	Corona: resina con metal predominantemente básico, dentadura postiza, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D6740	Corona: porcelana/cerámica, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D6751	Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D6781	Corona: ¾ de metal predominantemente básico moldeado, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D6783	Corona: ¾ de porcelana/cerámica, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D6791	Corona: totalmente de metal predominantemente básico moldeado, limitada a una vez en un período de 5 años	\$300
D6930	Recementación de puente	\$40
D6980	Reparación de puente, por informe	\$95
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe	\$350
Cirugía oral y maxilofacial		
D7111	Extracción, remanentes coronales: diente caduco	\$40
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	\$65
D7210	Extracción quirúrgica de un diente erupcionado que requiere elevación del colgajo mucoperiostico y extracción del hueso y/o de la sección del diente	\$120
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$95
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente óseo	\$145
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo	\$160
D7241	Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$175
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de piezas dentales residuales (requiere procedimiento de corte del tejido blando y hueso, y cierre)	\$80
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280
D7261	Cierre primario de perforación sinusal	\$285
D7270	Reimplante y/o estabilización de diente, limitados a una vez por arco sin importar la cantidad de dientes implicados; dientes anteriores permanentes únicamente	\$185
D7280	Acceso quirúrgico de un diente no erupcionado	\$220
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado	\$85
D7285	Biopsia de tejido bucal: duro (hueso, diente), limitada a la extracción de la muestra únicamente; una vez por arco por fecha de servicio	\$180
D7286	Biopsia de tejido bucal: blando, limitada a la extracción de la muestra únicamente; hasta un máximo de 3 por fecha de servicio	\$110
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes, dientes permanentes únicamente; una vez por arco para pacientes en tratamiento de ortodoncia activo	\$185
D7291	Fibrotomía transeptal/supracrestal, por informe, limitada a una vez por arco para pacientes en tratamiento de ortodoncia activo	\$80
D7310	Alveoloplastia realizada conjuntamente con extracciones, por cuadrante	\$85
D7311	Alveoloplastia realizada conjuntamente con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$50
D7320	Alveoloplastia no realizada conjuntamente con extracciones, por cuadrante	\$120
D7321	Alveoloplastia no realizada conjuntamente con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$65

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D7340	Vestibuloplastia: extensión del borde (epitelialización secundaria), limitada a una vez en un período de 5 años por arco	\$350
D7350	Vestibuloplastia: extensión del borde (incluyendo injertos de tejido blando, reconexión muscular, corrección de unión de tejido blando y control de tejido hipertrofiado e hiperplásico), limitada a una vez por arco	\$350
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75
D7411	Extirpación de lesión benigna de más de 1.25 cm	\$115
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada	\$175
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95
D7414	Extirpación de lesión maligna de más de 1.25 cm	\$120
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada	\$255
D7440	Extirpación de tumor maligno: lesión de hasta 1.25 cm de diámetro	\$105
D7441	Extirpación de tumor maligno: lesión de más de 1.25 cm de diámetro	\$185
D7450	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: lesión de hasta 1.25 cm de diámetro	\$180
D7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: lesión de más de 1.25 cm de diámetro	\$330
D7460	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno: lesión de hasta 1.25 cm de diámetro	\$155
D7461	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno: lesión de más de 1.25 cm de diámetro	\$250
D7465	Destrucción de lesión/lesiones mediante un método físico o químico, por informe	\$40
D7471	Extirpación de exóstosis lateral (maxilar o mandibular), limitada a una vez por cuadrante para la extirpación de exóstosis bucal o facial únicamente	\$140
D7472	Extirpación de torus palatinus, limitada a una vez en la vida del paciente	\$145
D7473	Extirpación de torus mandibularis, limitada a una vez por cuadrante	\$140
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea, limitada a una vez por cuadrante	\$105
D7490	Resección radical maxilar o mandibular	\$350
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal, limitados a una vez por cuadrante, misma fecha de servicio	\$70
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal, complicado (incluye el drenaje de varios espacios faciales)	\$70
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal	\$70
D7521	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal, complicado	\$80
D7530	Extracción de cuerpo extraño de la mucosa, de la piel o del tejido alveolar subcutáneo, limitada a una vez por fecha de servicio	\$45
D7540	Extracción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético, limitada a una vez por fecha de servicio	\$75
D7550	Ostectomía parcial/secuestrectomía para la extirpación de hueso no vital, limitada a una vez por cuadrante por fecha de servicio	\$125
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de fragmentos de diente o cuerpo extraño	\$235
D7610	Maxilar: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$140
D7620	Maxilar: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$250
D7630	Mandibular: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7640	Mandibular: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7650	Arco malar y/o cigomático: reducción abierta	\$350
D7660	Arco malar y/o cigomático: reducción cerrada	\$350
D7670	Alvéolo: reducción cerrada, puede incluir la estabilización de los dientes	\$170
D7671	Alvéolo: reducción abierta, puede incluir la estabilización de los dientes	\$230
D7680	Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7710	Maxilar: reducción abierta	\$110
D7720	Maxilar: reducción cerrada	\$180

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D7730	Mandibular: reducción abierta	\$350
D7740	Mandibular: reducción cerrada	\$290
D7750	Arco malar y/o cigomático: reducción abierta	\$220
D7760	Arco malar y/o cigomático: reducción cerrada	\$350
D7770	Alvéolo: reducción abierta, estabilización de los dientes	\$135
D7771	Alvéolo: reducción cerrada, estabilización de los dientes	\$160
D7780	Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7810	Reducción abierta de dislocación	\$350
D7820	Reducción cerrada de dislocación	\$80
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85
D7840	Condilectomía	\$350
D7850	Dissectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350
D7852	Reparación del disco	\$350
D7854	Sinovectomía	\$350
D7856	Miotomía	\$350
D7858	Reconstrucción de articulaciones	\$350
D7860	Artrostomía	\$350
D7865	Artroplastia	\$350
D7870	Artrocentesis	\$90
D7871	Lisis y lavado no artroscópico	\$150
D7872	Artroscopía: diagnóstico, con o sin biopsia	\$350
D7873	Artroscopía: quirúrgica, lavado y lisis de adhesiones	\$350
D7874	Artroscopía: quirúrgica, reposicionamiento y estabilización del disco	\$350
D7875	Artroscopía: quirúrgica, sinovectomía	\$350
D7876	Artroscopía: quirúrgica, dissectomía	\$350
D7877	Artroscopía: quirúrgica, desbridamiento	\$350
D7880	Aparato ortótico oclusal, por informe	\$120
D7899	Tratamiento de trastornos de la TMJ no especificado, por informe	\$350
D7910	Sutura de heridas recientes pequeñas, de hasta 5 cm	\$35
D7911	Sutura complicada: hasta 5 cm	\$55
D7912	Sutura complicada: más de 5 cm	\$130
D7920	Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)	\$120
D7940	Osteoplastia: para deformidades ortognáticas	\$160
D7941	Osteotomía: rama mandibular	\$350
D7943	Osteotomía: rama mandibular con injerto óseo; incluye la obtención del injerto	\$350
D7944	Osteotomía: segmentada o subapical	\$275
D7945	Osteotomía: cuerpo mandibular	\$350
D7946	LeFort I (maxilar - total)	\$350
D7947	LeFort I (maxilar - segmentado)	\$350
D7948	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión del tercio medio facial), sin injerto óseo	\$350
D7949	LeFort II o LeFort III, con injerto óseo	\$350
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o de cartílago de huesos mandibulares o faciales, autógeno o no autógeno, por informe	\$190
D7951	Aumento del seno con hueso o sustitutos de hueso mediante una vía de acceso abierta lateral	\$290
D7952	Aumento del seno con hueso o sustituto de hueso mediante una vía de acceso vertical	\$175
D7955	Reparación de un defecto del tejido maxilofacial blando y/o duro	\$200
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía): procedimiento separado	\$120
D7963	Frenuloplastia	\$120

(continúa)

Código	Servicio	Copago
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco, limitada a una vez por arco por fecha de servicio	\$175
D7971	Extirpación de encía pericoronaria	\$80
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa, limitada a una vez por cuadrante por fecha de servicio	\$100
D7980	Sialolitotomía	\$155
D7981	Extirpación de glándula salival, por informe	\$120
D7982	Sialodocoplastia	\$215
D7983	Cierre de fístula salival	\$140
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350
D7991	Coronoide ctomía	\$345
D7995	Injerto sintético: huesos mandibulares o faciales, por informe	\$150
D7997	Extracción de aparatos (no por el dentista que los colocó), incluye la extracción de la barra del arco, limitada a una vez por arco por fecha de servicio	\$60
D7999	Procedimiento de cirugía oral no especificado, por informe	\$350
Ortodoncia médicamente necesaria		
	<i>Tratamiento de Frenos Médicamente Necesario</i>	
D8080	Tratamiento integral de ortodoncia para la dentición de adolescentes Oclusión defectuosa discapacitante	\$1,000
D8210	Terapia con aparatos extraíbles	
D8220	Terapia con aparatos fijos	
D8660	Consulta para tratamiento antes de la ortodoncia	
D8670	Consulta periódica para tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato) Oclusión de fectuosa discapacitante	
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	
D8691	Reparación de aparato de ortodoncia	
D8692	Reemplazo de retenedor perdido o roto	
D8693	Resellado o recementación y/o reparación, según sea necesario, de los retenedores fijos	
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe	
Servicios generales complementarios		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental: procedimiento menor	\$30
D9120	División de la dentadura postiza parcial fija	\$95
D9210	Anestesia local no administrada conjuntamente con procedimientos quirúrgicos, limitada a una vez por fecha de servicio	\$10
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$20
D9212	Anestesia de bloqueo de división trigeminal	\$60
D9215	Anestesia local	\$15
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento de 15 minutos	\$45
D9230	Analgesia, óxido nitroso	\$15
D9243	Analgesia/sedación intravenosa mode rada (consciente): cada incremento de 15 minutos	\$60
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$65
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico prestado por un dentista o un médico (que no es el profesional que brinda el tratamiento)	\$50
D9410	Visita a domicilio/centro de atención extendida	\$50
D9420	Visita al hospital o centro quirúrgico ambulatorio	\$135

Exclusiones y limitaciones del programa de atención dental pediátrica

Los servicios o suministros excluidos conforme al programa de atención dental pediátrica pueden estar cubiertos en la parte de beneficios médicos de su plan. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* de su plan de beneficios para obtener más información.

- Los servicios de implante son un beneficio únicamente cuando se documenten afecciones médicas excepcionales, las cuales se revisarán para determinar la necesidad médica.
- Tratamiento paliativo (de emergencia) para aliviar el dolor dental, limitado a una vez por día, por afiliado.
- Visitas a domicilio/centro de atención extendida, una vez por afiliado por fecha de servicio.
- Una visita al hospital o centro quirúrgico ambulatorio por día, por proveedor, por afiliado.
- Los servicios de anestesia para afiliados menores de 19 años, de sedación profunda o de anestesia general están cubiertos según cada caso y cuando se autorizan previamente, excepto los servicios de cirugía oral. En el caso de servicios de cirugía oral, los servicios de sedación profunda o de anestesia general no requieren autorización previa.
- Protectores oclusales cuando son médicamente necesarios y se autorizan previamente, para afiliados de 12 a 19 años cuando el afiliado tiene la dentición permanente.
- Los siguientes servicios no estarán cubiertos si en la opinión del dentista a cargo o de Health Net no son dentalmente necesarios:
 - Tratamiento de la articulación temporomandibular (por sus siglas en inglés, TMJ).
 - Servicios dentales optativos y cosméticos.
 - Cirugía oral que requiera el arreglo de fracturas o dislocaciones, cirugía ortognática y extracción sólo con propósitos de ortodoncia (no se aplica a dientes fracturados o dislocados [extraídos por golpes]).
 - Tratamiento de tumores malignos, quistes, neoplasmas o malformaciones congénitas.
 - Medicamentos que requieren receta médica.
 - Cargos hospitalarios de cualquier tipo.
 - Pérdida o robo de dentaduras postizas parciales o completas.
 - Cualquier procedimiento de implante.
 - Cualquier procedimiento experimental.
 - Anestesia general o sedación intravenosa/ consciente, excepto según lo especificado en la sección de beneficios médicos.
 - Servicios que no pueden realizarse debido a limitaciones físicas o del comportamiento del paciente.
 - El afiliado es responsable de los honorarios incurridos por citas perdidas o canceladas (sin un aviso con 24 horas de anticipación). No obstante, es posible que no se aplique el copago por citas perdidas si: (1) el afiliado canceló con al menos 24 horas de anticipación; o (2) el afiliado no asistió a la cita a causa de una emergencia o circunstancias ajenas a su control.
 - Cualquier procedimiento realizado con el propósito de corregir un contorno, un contacto o una oclusión.
 - Cualquier procedimiento no descrito específicamente como un servicio cubierto.
 - Servicios que fueron proporcionados sin costo para el afiliado por el gobierno estatal o una agencia de éste, o por cualquier municipio, condado u otra subdivisión.
 - El costo de metales preciosos utilizados en cualquier forma de beneficios dentales.

- Servicios de un dentista infantil/pediátrico, excepto cuando el afiliado no puede ser tratado por el proveedor de su panel, o el tratamiento por parte de un dentista infantil/pediátrico es médicamente necesario, o el proveedor de su plan es un dentista infantil/pediátrico.
- Servicios dentales pediátricos que son recibidos en un entorno de atención de emergencia para afecciones que no son de emergencia si el suscriptor podría esperar de manera razonable que no existió una situación de emergencia dental.

Beneficios de ortodoncia

Este plan dental cubre los beneficios de ortodoncia según lo descrito anteriormente. La atención de ortodoncia está cubierta cuando es médicamente necesaria para prevenir enfermedades y promover la salud bucal, restablecer la salud y el funcionamiento de estructuras bucales y tratar afecciones de emergencia. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista participante.

Exclusiones y limitaciones de los planes Individuales y Familiares del Intercambio

Exclusiones y limitaciones comunes a todos los planes Individuales y Familiares del Intercambio

No se efectuará ningún pago conforme a los planes Individuales y Familiares de Health Net del Intercambio por gastos incurridos para cualquiera de los artículos a continuación o que sean parte de la atención de seguimiento de cualquiera de éstos. El siguiente es sólo un listado parcial. Para obtener un listado completo, consulte el *Contrato del Plan y la Evidencia de Cobertura* del plan Individual y Familiar de Health Net del Intercambio.

- Servicios y suministros que Health Net determine que no son médicamente necesarios, excepto según lo establecido conforme a las secciones “¿Health Net cubre el costo de la participación en estudios clínicos?” y “¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con Health Net?” que aparecen anteriormente en esta guía.
- Servicios de ambulancia y de paramédicos que no resulten en el transporte del paciente o que no cumplan con los criterios de atención de emergencia, a menos que dichos servicios sean médicamente necesarios y se haya obtenido la autorización previa (HMO) o certificación previa (HSP).
- La terapia acuática y otras terapias en el agua no están cubiertas, excepto una terapia acuática y otros servicios de terapia en el agua que formen parte de un plan de tratamiento de fisioterapia.
- Cuidado asistencial. El cuidado asistencial no es atención de rehabilitación y se proporciona a un paciente con el fin de brindarle asistencia para realizar las actividades de la vida diaria,

tales como ayuda para caminar, acostarse y levantarse, bañarse, vestirse y alimentarse, así como ayuda para la preparación de dietas especiales y la supervisión de los medicamentos que generalmente son autoadministrados, pero no incluye la atención que requiere servicios de enfermería especializada de forma continua.

- Procedimientos que Health Net determine que son experimentales o de investigación, excepto según lo establecido conforme a las secciones “¿Health Net cubre el costo de la participación en estudios clínicos?” y “¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con Health Net?” que aparecen anteriormente en esta guía.
- Los servicios o suministros proporcionados antes de la fecha de vigencia de la cobertura y los servicios o suministros proporcionados después de la terminación de la cobertura a través de este plan no están cubiertos.
- Reembolso de servicios por los que no se requiere legalmente que el afiliado pague al proveedor o por los que el proveedor no paga ningún cargo.
- Cualquier servicio o suministro no enumerado específicamente como gasto cubierto, a menos que las leyes federales o estatales exijan la cobertura.
- No están cubiertos los servicios ni suministros cuya finalidad sea fecundar a una mujer. Los procedimientos excluidos incluyen, entre otros, la recolección, el almacenamiento o la compra de espermatozoides u óvulos.
- Cirugía cosmética que se realiza para modificar o dar nueva forma a las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia.²

²Cuando se realiza una mastectomía (incluyendo la mastectomía parcial) médicamente necesaria, la cirugía reconstructiva de los senos y la cirugía realizada en cualquiera de los dos senos para restaurar o lograr la simetría (proporciones equilibradas) en los senos están cubiertas. Lo mismo ocurre cuando se realiza una cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si el objetivo de dicha cirugía es cualquiera de los siguientes: mejorar una función o crear una apariencia normal en la medida que sea posible, a menos que la cirugía ofrezca una mejoría mínima en la apariencia del afiliado.

- El tratamiento y los servicios para los trastornos de la articulación temporomandibular están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios, sin incluir las coronas, los recubrimientos, los puentes y los aparatos.
- Este plan sólo cubre servicios o suministros proporcionados por un hospital que funcione legalmente, un centro de enfermería especializada aprobado por Medicare u otro centro que cuente con la debida licencia, especificado como cubierto en el *Contrato del Plan y la EOC* del plan. Cualquier institución que sea principalmente un lugar para personas de la tercera edad, una casa de reposo o cualquier institución similar, independientemente de cómo se la denomine, no es una institución elegible. Los servicios o suministros que son proporcionados por dichas instituciones no están cubiertos.
- Atención dental para personas de 19 años y mayores. Sin embargo, este plan sí cubre los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que sean una parte integral de la cirugía reconstructiva relacionada con procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye, además de la afección con el mismo nombre, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido.
- Cirugía y servicios relacionados utilizados con el propósito de corregir una mala posición o un desarrollo inadecuado de los huesos de la mandíbula superior o inferior, salvo cuando dicha cirugía se requiera a causa de un traumatismo o de la existencia de tumores o neoplasmas, o cuando sea médicamente necesaria por otro motivo. Consulte la exclusión “Atención dental” que aparece anteriormente para obtener información sobre los procedimientos de paladar hendido.
- Audífonos.
- Atención de enfermería privada. Tampoco está cubierta la atención por turnos ni ninguna parte de los servicios de la atención por turnos.
- Cualquier cirugía del ojo realizada para corregir defectos refractivos de éste, a menos que sea médicamente necesaria, recomendada por el médico tratante del afiliado y autorizada por Health Net.
- Lentes de contacto o correctivos (salvo los lentes implantados que reemplazan el lente orgánico del ojo), terapia de la vista y anteojos, excepto según se establece conforme al programa de cuidado de la vista pediátrico que aparece anteriormente en esta guía.
- Servicios para revertir una infertilidad inducida quirúrgicamente de manera voluntaria.
- Cualquier servicio o suministro no relacionado con el diagnóstico o el tratamiento de una afección, enfermedad o lesión cubierta. Sin embargo, el plan sí cubre los servicios y suministros médicamente necesarios para afecciones médicas directamente relacionadas con servicios no cubiertos cuando las complicaciones exceden la atención de seguimiento de rutina (como complicaciones de riesgo vital de una cirugía cosmética).
- Cualquier medicamento o sustancia para pacientes ambulatorios despachados o administrados en cualquier entorno, excepto según lo establecido específicamente en el *Contrato del Plan y la EOC* del plan.
- Vacunas e inyecciones para viajes al extranjero/propósitos laborales.
- Los servicios por un embarazo de madre sustituta están cubiertos cuando la madre sustituta está afiliada a Health Net. Sin embargo, cuando se obtenga un pago por la sustitución, el plan tendrá un derecho de retención sobre dicho pago para recuperar sus gastos médicos.
- A pesar de que este plan cubre el equipo médico duradero, no cubre los siguientes artículos: (a) equipo para ejercicios; (b) equipo y suministros para la higiene; (c) vendajes quirúrgicos distintos de los vendajes primarios aplicados por su proveedor participante, su grupo médico o un hospital para lesiones de la piel o incisiones quirúrgicas; (d) jacuzzis y piscinas de hidromasajes; (e) aparatos de ortodoncia para tratar afecciones dentales relacionadas con trastornos de la articulación

temporomandibular (de la mandíbula); (f) aparatos de apoyo como medias, dispositivos de apoyo o aparatos ortóticos de venta libre, y dispositivos o aparatos ortóticos para mejorar el rendimiento atlético o las actividades relacionadas con los deportes; y (g) aparatos ortóticos y calzado correctivo (excepto los dispositivos podiátricos para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes).

- Artículos para la comodidad personal.
- Suministros desechables para uso en el hogar, excepto determinados suministros desechables urológicos o para ostomía. Consulte el *Contrato del Plan y la EOC* de su plan de beneficios para obtener información adicional.
- Partos en el hogar, a menos que se haya cumplido con los criterios para atención de emergencia.
- Autotratamiento del médico.
- Tratamiento por parte de familiares directos.
- Servicios quiroprácticos.
- Cuidado de la salud en el hogar (se limita a 100 visitas combinadas por año calendario; un máximo de tres visitas por día y cuatro horas por visita).
- Servicios o suministros no autorizados por Health Net, un proveedor participante o el grupo médico (para una afección médica) o por el administrador (para trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas) de acuerdo con los procedimientos de Health Net.
- Procedimientos de diagnóstico o pruebas para trastornos genéticos, excepto el diagnóstico prenatal de trastornos fetales genéticos en casos de embarazo de alto riesgo.
- Medicamentos que no requieren receta médica, equipos o suministros médicos que pueden comprarse sin una receta (excepto cuando son recetados por un médico para el control y el tratamiento de la diabetes o con fines preventivos de acuerdo con las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., o bien, para la anticoncepción femenina según lo aprobado por la FDA).
- Cuidado de los pies de rutina, a menos que se indique para el tratamiento de la diabetes o de enfermedad vascular periférica.
- Los servicios para diagnosticar, evaluar o tratar la infertilidad no están cubiertos.
- Excepto los servicios relacionados con el tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo, todos los demás servicios que comprendan educación o capacitación, o que estén relacionados con éstas, incluyendo los servicios con fines profesionales o de empleo, no están cubiertos, aunque sean proporcionados por una persona con licencia de proveedor de cuidado de la salud otorgada por el Estado de California.
- Tratamientos que usan sangre del cordón umbilical, células madre de sangre del cordón umbilical y células madre de adultos (no incluye su recolección, preservación ni almacenamiento) debido a que dichos tratamientos se consideran de naturaleza experimental o de investigación. Para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente de una denegación de cobertura del plan sobre la base de que el tratamiento se considera experimental o de investigación, consulte la sección “¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con Health Net?” que aparece anteriormente en esta guía.
- La cirugía bariátrica que se realiza para el tratamiento de la obesidad mórbida está cubierta cuando es médicamente necesaria, autorizada por Health Net y realizada en un Centro de Cirugía Bariátrica de Health Net por parte de un cirujano de la red del Centro de Cirugía Bariátrica de Health Net afiliado a dicho Centro. Health Net tiene una red específica de centros y cirujanos bariátricos, designados como Centros de Cirugía Bariátrica para realizar cirugía de pérdida de peso. Su médico afiliado puede proporcionarle información sobre esta red. En el momento en que se obtenga la autorización se le dirigirá a un Centro de Cirugía Bariátrica de Health Net.
- La terapia que tiene como propósito cambiar el comportamiento, induciendo un desagrado del comportamiento a través de la asociación

con un estímulo nocivo (terapia de aversión), no está cubierta.

- La cobertura para la terapia de rehabilitación se limita a los servicios médicamente necesarios proporcionados por un médico contratado por el plan; un fisioterapeuta, o un terapeuta del habla u ocupacional con licencia; u otro proveedor contratado, que ejerza dentro del alcance de su licencia, para tratar afecciones físicas o de salud mental, o bien, un proveedor de servicios calificados para el autismo (por sus siglas en inglés, QAS), un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS para tratar trastornos generalizados del desarrollo o el autismo. La cobertura está sujeta a cualquier autorización requerida del plan o del grupo médico del afiliado. Los servicios deben basarse en un plan de tratamiento autorizado, según lo requerido, por el plan o el grupo médico del afiliado.
- La cobertura para los servicios y/o la terapia de habilitación se limita a los servicios y dispositivos de cuidado de la salud que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las destrezas y funciones para la vida diaria, cuando son proporcionados por un médico afiliado; un fisioterapeuta, o un terapeuta del habla u ocupacional con licencia; u otro proveedor contratado, que ejerza dentro del alcance de su licencia, para tratar afecciones físicas o de salud mental, sujetas a cualquier autorización requerida de parte de Health Net o su grupo médico. Los servicios deben basarse en un plan de tratamiento autorizado, según lo requerido, por Health Net o su grupo médico.
- Los siguientes tipos de tratamiento sólo están cubiertos cuando son proporcionados en relación con un tratamiento cubierto para un trastorno mental o para la dependencia de sustancias químicas: (a) tratamiento para la codependencia; (b) tratamiento para el estrés psicológico; y (c) tratamiento de disfunciones conyugales o familiares. El tratamiento de trastornos neurocognitivos, que incluyen delirio, trastornos neurocognitivos leves y graves (y sus subtipos), así como trastornos del neurodesarrollo, está cubierto para los servicios médicos que

sean médicamente necesarios, pero está cubierto para los síntomas psicológicos y/o del comportamiento que acompañan a dichas enfermedades o para las afecciones de dependencia de sustancias químicas o de trastornos por abuso de sustancias sólo si estos síntomas o estas afecciones son aptos para tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico, para la dependencia de sustancias químicas o para el abuso de sustancias. Esta disposición no afecta la cobertura para el tratamiento médicamente necesario de ninguna afección de salud mental identificada como un trastorno mental en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión del Texto*, o para el tratamiento médicamente necesario de Trastornos Emocionales Graves del Niño (por sus siglas en inglés, SED) o Enfermedades Mentales Graves (por sus siglas en inglés, SMI) según se identifican en la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, con las enmiendas realizadas hasta la fecha. Además, Health Net sólo cubrirá aquellos servicios para trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas que sean prestados por proveedores que cuenten con licencia de conformidad con las leyes de California y ejerzan dentro del alcance de dicha licencia o según lo autorizado de otro modo conforme a las leyes de California. Este plan cubre el tratamiento médicamente necesario para todos los beneficios de salud esenciales, incluyendo los “trastornos mentales” descritos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión del Texto*.

- Los servicios que no cumplen con los estándares nacionales para la práctica profesional médica o de salud mental, incluyendo, pero sin limitarse a, Erhard/The Forum, terapia primal, terapia bioenergética, hipnoterapia y terapia de sanación a través de cristales (litoterapia), no están cubiertos. Para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente de una denegación de cobertura, consulte la sección “¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con Health Net?” que aparece anteriormente en esta guía.

- La cobertura de la terapia de biorretroalimentación (*biofeedback*) se limita al tratamiento médicamente necesario de determinados trastornos físicos, como incontinencia y dolor crónico, y según lo autorizado previamente de otro modo por el administrador.
- Evaluaciones psicológicas, excepto según las realice un psicólogo con licencia para ayudar en la planificación del tratamiento, incluyendo administración de medicamentos o aclaración del diagnóstico. También se excluye la cobertura de la puntuación de informes automatizados basados en computadoras, a menos que la puntuación sea realizada por un proveedor calificado para tal función.
- Se excluye el tratamiento residencial que no sea médicamente necesario. Las admisiones que no se consideran médicamente necesarias y no están cubiertas incluyen admisiones para entrenamientos en centros selváticos, para cuidado bajo custodia, para un cambio de situación o entorno, o como alternativa para ubicación en un hogar de crianza o en un centro de reinserción social.
- Los servicios de un hospital estatal se limitan al tratamiento o a la internación como resultado de una emergencia o de atención requerida de urgencia.
- Las consultas o los tratamientos brindados por teléfono no están cubiertos.
- Los servicios médicos, de cuidado de la salud mental o de dependencia de sustancias químicas brindados como condición de libertad bajo palabra o libertad condicional, y las pruebas ordenadas por un tribunal se limitan a los servicios cubiertos médicamente necesarios.
- Exámenes físicos de rutina (incluyendo exámenes psicológicos o pruebas de detección de drogas) para seguros, licencias, empleos, escuelas, campamentos u otros propósitos que no sean preventivos. Un examen de rutina es aquel que no es dirigido por el médico ni médicamente indicado por otro motivo y se realiza con el fin de controlar la salud general de un afiliado en ausencia de síntomas o con otro propósito que no sea preventivo.

Algunos ejemplos incluyen exámenes que se realizan para obtener un empleo o exámenes que se administran a solicitud de un tercero, como una escuela, un campamento o una organización deportiva.

Exclusiones y limitaciones adicionales para todos los planes HSP

- Este plan no cubre la terapia de masajes, excepto cuando estos servicios forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia. Los servicios deben basarse en un plan de tratamiento autorizado, según lo requerido, por Health Net.
- Los servicios o suministros proporcionados por un proveedor o centro no contratados sólo están cubiertos cuando son autorizados por Health Net (para una afección médica) o el administrador (para trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas), o cuando usted necesita atención de emergencia o atención requerida de urgencia.

Exclusiones y limitaciones adicionales para todos los planes HMO

- Este plan no cubre la terapia de masajes, excepto cuando estos servicios forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia. Los servicios deben basarse en un plan de tratamiento autorizado, según lo requerido, por Health Net.
- Los servicios o suministros proporcionados por un proveedor o centro no contratados sólo están cubiertos cuando son autorizados por su grupo médico (para una afección médica) o el administrador (para trastornos mentales o dependencia de sustancias químicas), o cuando usted necesita atención de emergencia o atención requerida de urgencia.

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (según lo descrito en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. (Health Net) cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al **1-888-926-4988 (TTY: 711)**.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja formal por correo: Health Net of California, Inc., PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, por fax: 1-877-831-6019, o en línea: healthnet.com.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

If you bought coverage through the California marketplace call 1-888-926-4988 (TTY: 711). For more help:

If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية أو اتصل على مركز الاتصال التجاري في 1-800-522-0088 (TTY: 711). في حال قمت بشراء التغطية من سوق كاليفورنيا، اتصل على الرقم 1-888-926-4988 (TTY: 711) وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Եթե ապահովագրում եք գնել Կալիֆորնիայի շուկայական հրապարակի միջոցով, զանգահարեք 1-888-926-4988 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。如果您透過加州健康保險交易市場購買承保，請致電 1-888-926-4988 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

Hindi

बिना लागत वाली भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। यदि आपने कैलिफोर्निया मार्केट प्लैस के माध्यम से कवरेज खरीदा है तो 1-888-926-4988 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company पीपीओ PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc. के एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएसडी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev nyob rau hauv koj daim ID card los yog hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog tias koj yuav kev pov hwm ntawm California marketplace hu 1-888-926-4988 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntawv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(TTY: 711)までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイス（保険購入サイト）を通じて保険を購入された方は、1-888-926-4988 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMOまたはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

Khmer

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បើសិនអ្នកបានទិញការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ ទីផ្សារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជីវិត Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net of California, Inc. នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스를 통해 보험을 구입하셨으면 1-888-926-4988 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néiho'dólzíníí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'áááh naaniilí ats'íis baa áháyá biniiyé nahínílnii'go éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowoł jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of California, Inc.qjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hats'íis bik'é'ésti'go éí kojí' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. اگر پوشش بیمه را از طریق بازارگاه کالیفرنیا خریداری کردید با شماره 1-888-926-4988 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਮਾਰਕਿਟ ਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ 1-888-926-4988 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੋ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если свою страховку вы приобрели на едином сайте по продаже медицинских страховок в штате Калифорния, звоните по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711).
Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance), телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания DMHC, телефон 1-888-HMO-2219.

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Si adquirió la cobertura a través del mercado de California, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Kung bumili kayo ng pagsakop sa pamamagitan ng California marketplace tawagan ang 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) หากคุณซื้อความคุ้มครองผ่านทาง California marketplace โทร 1-888-926-4988 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Nếu quý vị mua khoản bảo trả thông qua thị trường California 1-888-926-4988 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.

Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (*inglés*)

1-877-891-9053 (*chino cantonés*)

1-877-339-8596 (*coreano*)

1-877-891-9053 (*chino mandarín*)

1-800-331-1777 (*español*)

1-877-891-9051 (*tagalo*)

1-877-339-8621 (*vietnamita*)

Asistencia para las Personas con Dificultades de Audición o del Habla

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

www.healthnet.com

