

**RESUMEN DE P-7-10-250  
PRESTACIONES Y TARIFA DE COPAGOS**

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

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

**TIPO DE SERVICIO**

**CO-PAGO DEL PACIENTE (DÓLARES)**

**SERVICIOS QUE RINDE EL MÉDICO**

Visitas al consultorio – Instalación IPA	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$7.00
Servicios Quirúrgicos	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Asistente del Cirujano	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Anestesiólogo	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Exámenes Físicos Anuales	100% Cubierto, Sin Co-Pago

**SERVICIOS DE PACIENTES AMBULATORIOS**

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

## **SERVICIOS DE HOSPITAL**

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

## **SERVICIOS DE URGENCIAS**

### En el Área del Plan (Mexico)

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

### Fuera del Área

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

## **SERVICIOS DE EMERGENCIA<sup>i</sup>**

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

## **SERVICIOS DE AMBULANCIA**

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

## **RECETAS MÉDICAS<sup>ii</sup>**

Recetas Médicas (Medicinas) (Incluyendo insulina, glucagon, y medicinas recetadas para tratar la diabetes)	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$10.00
--	--

## **EQUIPO MEDICO DURADERO**

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

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

### **Pacientes Ambulatorios (en la Red)**

#### **Visitas al consultorio**

Salud mental – Visitas al consultorio	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$7.00
Servicios para dependencias Químicas - Visitas al consultorio	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$7.00
Grupo de Terapia - Condiciones de desorden de MH/SUD	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$7.00

#### **Otros Artículos y Servicios**

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

### **Pacientes Internos (en la Red)**

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

## **CUIDADOS DE MATERNIDAD (En Instalaciones Participantes)**

Consultas Prenatales y Postnatales	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$7.00
Parto Incluyendo Cesárea	100% Cubierto, Sin Co-Pago
Recién Nacido Incluyendo el Cuidado rutinario del bebé	100% Cubierto, Sin Co-Pago

## **SERVICIOS DE CUIDADOS PREVENTIVOS**

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

## **SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA VISIÓN**

Visitas al Consultorio	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$7.00
Exámenes de la Vista	100% Cubierto después de un Co-Pago de \$7.00
Cirugía de los Ojos	100% Cubierto, Sin Co-Pago

## **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

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

i

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

ii

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