

Aspectos Generales del Plan

FULL NETWORK HMO

60/1500a (\$9,100/\$18,200)

Descripción del beneficio	Responsabilidad de los afiliados
Montos máximos del plan	
Desembolso máximo (combinado con medicamentos) (individual/familiar)	\$9,100/\$18,200
Deducible para servicios en centros	
El deducible se aplica a servicios para pacientes internados en hospital, centros de enfermería especializada, servicios para pacientes ambulatorios en centros, cirugía ambulatoria y beneficios en la sala de emergencias únicamente (individual/familiar)	N/A / N/A
Servicios profesionales	
Visita al consultorio del PCP ¹	\$60
Visita al consultorio de un especialista ¹	\$80
Servicios de atención preventiva ¹	\$0
Servicios de telesalud a través de un proveedor de servicios de telesalud seleccionado ²	\$0
MinuteClinic ¹	\$40
Terapia de rehabilitación	\$60
Procedimientos de rayos X ¹	\$30
Procedimientos de laboratorio ¹	\$30
Servicios de radiología compleja (tomografía computarizada, tomografía por emisión de fotón único, tomografía por emisión de positrones, ventriculografía nuclear y resonancia magnética)	30%
Servicios en centros	
Servicios para pacientes ambulatorios (en hospital)	50%
Servicios para pacientes ambulatorios (centro de cirugía ambulatoria)	40%
Pacientes internados en hospital	\$1,500 por admisión + 40%
Centro de enfermería especializada (máximo de 100 días)	\$1,500 por admisión + 40%
Servicios de emergencia	
Atención de atención de urgencia	\$80
Sala de emergencias	\$300 + 30%
Servicios de ambulancia (terrestre y aérea)	30%
Servicios de salud mental y para trastorno por abuso de sustancias	
Visita al consultorio para pacientes ambulatorios	\$60
Otros servicios para pacientes ambulatorios (incluye internación parcial, tratamiento de día y programas intensivos para pacientes ambulatorios)	\$0
Pacientes internados	\$1,500 por admisión + 40%
Otros servicios	
Equipo médico duradero ¹	50%
Equipos para diabéticos	40%
Servicios de acupuntura ⁴	Cláusula adicional disponible
Servicios quiroprácticos ⁴	Cláusula adicional disponible

(continúa)

¹ Los servicios de atención preventiva para adultos y niños tienen cobertura, de acuerdo con las pautas de los siguientes recursos: las recomendaciones de grado A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU., las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP) adoptadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y las pautas para la atención de salud preventiva en niños, adolescentes y mujeres, según las recomendaciones de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (por sus siglas en inglés, HRSA).

² El costo compartido mencionado es para los servicios brindados por un proveedor de servicios de telesalud seleccionado. Para todos los demás proveedores, el costo compartido de los servicios de telesalud es el mismo que el de los servicios en persona, según el tipo de servicio brindado.

³ La terapia de rehabilitación incluye fisioterapia y terapias del habla, laboral, de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación pulmonar.

⁴ La cobertura de la cláusula adicional para servicios quiroprácticos o de acupuntura se incluye en todos los planes SmartCare HMO y está disponible como un beneficio opcional en todos los demás planes de HMO y EOA.

Aviso de No Discriminación de Health Net

Este es solo un breve resumen de los beneficios. No incluye todos los servicios cubiertos, las limitaciones ni las exclusiones. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para conocer todos los términos y condiciones de la cobertura.

Planes de HMO, HSP, EOA y POS ofrecidos por Health Net of California, Inc. Health Net of California, Inc., es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.