



COMPARACIÓN DE PLANES:

Resumen de beneficios y cobertura



Tarifas vigentes a partir del 1 de enero de 2025

Opciones de red: PHCS PPO o Anthem PPO

Deducible de VL \$250/\$500

Deducible de VL \$500/\$1,000

VL \$750/\$1,500 Deducible

Deducible de VL \$1,000/\$2,000

VL \$1,500/\$3,000 Deducible

Comparación de planes: Resumen de beneficios y cobertura



Tarifas vigentes a partir del 1 de enero de 2025

| PLAN | VL \$250 | VL \$500 | VL \$750 | VL \$1,000 | VL \$1,500 |
|--|--|--|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Pago de servicios | | | | | |
| Proveedor dentro de la red: La red de proveedores aparece en su tarjeta de identificación. Para obtener ayuda para encontrar proveedores dentro de la red, haga clic aquí. | | | | | |
| Beneficio anual máximo | Ver Servicios Realizados | Ver Servicios Realizados | Ver Servicios Realizados | Ver Servicios Realizados | Ver Servicios Realizados |
| Deducible (La cantidad que la Persona Cubierta paga cada año de beneficio por los Servicios Cubiertos antes de que se pague el Coseguro). • Individual • Familia | \$250 \$500 | \$500 \$1,000 | \$750 \$1,500 | \$1,000 \$2,000 | \$1,500 \$3,000 |
| Máximo de desembolso personal (Para deducibles acumulados y copagos de miembros (Individual/Familiar) Gastos de bolsillo: máximo por servicios que excedan los límites de visitas del plan | \$9,200 \$18,400 Ilimitado | \$9,200 \$18,400 Ilimitado | \$9,200 \$18,400 Ilimitado | \$9,200 \$18,400 Ilimitado | \$9,200 \$18,400 Ilimitado |
| Copagos: Tenga en cuenta que una vez alcanzado su deducible, seguirá siendo responsable de pagar los copagos por sus servicios médicos. | | | | | |
| Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan). | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas anuales de laboratorio y rayos X • Prueba de Papanicolaou/mamografía anual • Exámenes de detección de cáncer • Colonoscopias | <ul style="list-style-type: none"> • Suministro para diabéticos • Vacunas • Otras pruebas preventivas • Precision Rx (Recetas) | <ul style="list-style-type: none"> • Telemedicina • Atención de urgencia y visitas al consultorio • Cuidado del bebé sano • Visitas de bienestar | | | |
| Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos). | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Revisión dental infantil • Gafas para niños | <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista para niños • Diálisis • Biorretroalimentación • Servicios de trasplante de órganos | | | | |
| Los servicios pueden requerir preautorización. De no obtenerla, se denegarán los beneficios. | | | | | |
| Precertificación Se requiere precertificación para todos los ingresos hospitalarios, estudios de imagen (TC/PET/RM/ARM), atención domiciliaria, enfermería especializada, cuidados paliativos, equipo médico duradero (más de \$500), quimioterapia/radiación, estudios del sueño, prótesis/órtesis, terapias (quiropráctica, cardíaca, fisioterapia/terapia ocupacional/terapia de terapia) y cirugía ambulatoria. Consulte el documento del plan para obtener una lista completa de todos los servicios que requieren precertificación según su plan. Las emergencias están cubiertas pero requieren autorización/certificación dentro de las 48 horas. | | | | | |
| Esta ilustración describe el plan de una manera fácil de entender y se presenta sólo como información general. | | | | | |
| El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un sustituto de las disposiciones del documento del plan o de la descripción resumida del plan, que contiene términos más exactos y disposiciones detalladas del plan, y no debe considerarse una póliza de seguro. | | | | | |

| PLAN | VL \$250 | VL \$500 | VL \$750 | VL \$1,000 | VL \$1,500 |
|---|--|--|--|--|--|
| Servicios cubiertos - Enfermedad o lesión | | | | | |
| Servicios de consultorio médico Se combinan un máximo de 10 visitas por año de beneficio para visitas al consultorio del médico de cabecera, visitas al consultorio de un especialista y visitas a atención de urgencia. Se combinan un máximo de 12 visitas por año de beneficio para atención quiropráctica. <ul style="list-style-type: none"> Médico de Atención Primaria Visita al consultorio de un especialista Visita de atención de urgencia Manipulación espinal quiropráctica Cirugía realizada en el consultorio (ver Cirugía ambulatoria) | Copago de \$50 después del deducible |
| Telemedicina - SOLO A TRAVÉS DE OURLIVEDOC Atención primaria y de urgencia, salud conductual. Llame al: 940-LIVE-DOC (940-548-3362) para comenzar. | Copago de \$0 Visitas ilimitadas |
| Servicios de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Atención en sala de emergencias <ul style="list-style-type: none"> Límite de 2 visitas por año de beneficio para visitas relacionadas con accidentes Límite de 2 visitas por año de beneficio para visitas relacionadas con enfermedad Transporte médico de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia terrestre/aérea: 2 por año de beneficio Tenga en cuenta que en caso de una verdadera emergencia médica, se puede recurrir a cualquier proveedor. | Copago de \$250 después del deducible |
| Pruebas de diagnóstico/imagenología avanzada (se requiere precertificación) 3 por año de beneficio | Copago de \$200 |
| Laboratorios (3 por año del plan de beneficios) | Copago de \$25 |
| Radiografías (3 por año del plan de beneficios) | Copago de \$50 |
| Servicios para pacientes ambulatorios (se requiere precertificación) <ul style="list-style-type: none"> Infusiones/inyecciones <ul style="list-style-type: none"> Límite de 10 visitas por año de beneficio; máximo combinado con quimioterapia/radiación Servicios quirúrgicos <ul style="list-style-type: none"> 3 cirugías por año de beneficio (incluye cirujano, anestesia y cualquier otro servicio incurrido asociado con la cirugía ambulatoria) Quimioterapia y radioterapia ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> Límite de 10 visitas por año de beneficio; máximo combinado con medicamentos de infusión/inyección Diálisis | Copago de \$100 después del deducible Copago de \$250 después del deducible Copago de \$100 después del deducible No cubierto | Copago de \$100 después del deducible Copago de \$250 después del deducible Copago de \$100 después del deducible No cubierto | Copago de \$100 después del deducible Copago de \$250 después del deducible Copago de \$100 después del deducible No cubierto | Copago de \$100 después del deducible Copago de \$250 después del deducible Copago de \$100 después del deducible No cubierto | Copago de \$100 después del deducible Copago de \$250 después del deducible Copago de \$100 después del deducible No cubierto |
| Servicios para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación) Estancias limitadas a: 2 hospitalizaciones en UCI por período de beneficio y 2 hospitalizaciones fuera de UCI por período de beneficio. (Límite de 10 días por hospitalización en UCI, límite de 10 días por hospitalización fuera de UCI) SERVICIOS ASOCIADOS/INCIDENTALES PARA PACIENTES INTERNADOS (Incluye anestesia, patología, servicios médicos y cualquier otro servicio incurrido) | Copago de \$1,000/Admisión después del deducible Copago/servicio de \$250 después del deducible | Copago de \$1,000/Admisión después del deducible Copago/servicio de \$250 después del deducible | Copago de \$1,000/Admisión después del deducible Copago/servicio de \$250 después del deducible | Copago de \$1,000/Admisión después del deducible Copago/servicio de \$250 después del deducible | Copago de \$1,000/Admisión después del deducible Copago/servicio de \$250 después del deducible |

| PLAN | VL \$250 | VL \$500 | VL \$750 | VL \$1,000 | VL \$1,500 |
|---|--|--|---|---|---|
| Servicios para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación) Servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes internados, todos los honorarios 2 cirugías por año del plan. Centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados Límite de 10 días por año de beneficio | Copago de \$1,000 por cirugía Después del deducible Copago de \$50/día después del deducible | Copago de \$1,000 por cirugía después del deducible Copago de \$50/día después del deducible | Copago de \$1,000 por cirugía después del deducible Copago de \$50/día después del deducible | Copago de \$1,000 por cirugía después del deducible Copago de \$50/día después del deducible | Copago de \$1,000 por cirugía después del deducible Copago de \$50/día después del deducible |
| Servicios preventivos - Haga clic aquí para obtener una lista completa. | | | | | |
| Atención preventiva/detección/inmunización <ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual para adultos Vacunas para adultos: vacuna contra la gripe, vacuna contra la neumonía, vacuna contra el tétanos y la difteria Mamografía Servicios ginecológicos Colonoscopia de rutina Cuidado del niño sano/Cuidado del recién nacido | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Otros servicios cubiertos | | | | | |
| Terapia 16 visitas por año de beneficio máximo combinado <ul style="list-style-type: none"> Terapias físicas y ocupacionales Terapia del habla Terapia de rehabilitación cardíaca | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible |
| Embarazo, Maternidad <ul style="list-style-type: none"> Parto vaginal de rutina Parto por cesárea de rutina Todos los demás servicios de maternidad (otros servicios de maternidad incluidos: visitas al consultorio, análisis de laboratorio, radiología, atención prenatal/posnatal, etc. Excluidos: pruebas genéticas, a menos que sean médicamente necesarias). | Copago de \$250 después del deducible Copago de \$500 después del deducible 100% cubierto | Copago de \$250 después del deducible Copago de \$500 después del deducible 100% cubierto | Copago de \$250 después del deducible Copago de \$500 después del deducible 100% cubierto | Copago de \$250 después del deducible Copago de \$500 después del deducible 100% cubierto | Copago de \$250 después del deducible Copago de \$500 después del deducible 100% cubierto |
| Atención médica domiciliaria (se requiere precertificación) Límite de 10 días por año de beneficio | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible |
| Cuidados paliativos Límite de 30 días de por vida | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados (se requiere precertificación) Límite de visitas de 10 días por año de beneficio | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible |
| Equipo médico duradero (se requiere precertificación) Se aplica copago por cada artículo recibido. 5 artículos/período de beneficio. | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible |
| Prótesis (se requiere precertificación) 1 artículo por año de beneficio | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$50 después del deducible |
| Trasplante de órganos | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto | No cubierto |

| PLAN | | VL \$250 | VL \$500 | VL \$750 | VL \$1,000 | VL \$1,500 |
|--|---|--|--|--|--|--|
| Asesoramiento nutricional para diabéticos 1 visita por año de beneficio | | \$0 de copago después del deducible |
| Alergias <ul style="list-style-type: none"> Vacunas (24 visitas por año de beneficio) Visitas/Pruebas (2 visitas por año de beneficio) | | Copago de \$25 después del deducible Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$25 después del deducible Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$25 después del deducible Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$25 después del deducible Copago de \$50 después del deducible | Copago de \$25 después del deducible Copago de \$50 después del deducible |
| Medicamentos con receta | | | | | | |
| Farmacias minoristas copagos Suministro para 30 días en farmacias minoristas Se requiere pedido por correo para medicamentos de mantenimiento después del suministro inicial de 30 días | Genérico Mantenimiento Rx | \$0 de copago |
| | Genérico Atención urgentemente necesaria Rx | \$0 de copago |
| | Medicina de nombre de su preferencia | Asistencia al paciente planes disponibles |
| | Medicina de nombre no de su preferencia | Asistencia al paciente planes disponibles |
| Venta por correo o venta minorista Copagos de farmacias Suministro para 90 días | Genérico | \$0 de copago |
| | Medicina de nombre de su preferencia | Asistencia al paciente planes disponibles |
| | Medicina de nombre no de su preferencia | Asistencia al paciente planes disponibles |
| Aspectos destacados de los beneficios de RX | | | | | | |
| Compañía Rx | | ProAct | | | | |
| Teléfono 24/7/365 | | 1-877-635-9545 | | | | |
| Sitio web | | https://secure.proactrx.com/ | | | | |
| Formulario | | https://bit.ly/4j9crFR | | | | |
| Pedidos por correo/Telesalud | | https://bit.ly/4j9crFR | | | | |