ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS

COPAY EDGE

Esto es solo un resumen; consulte el documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) y el Manual de Beneficios para obtener más detalles. La siguiente tabla muestra la parte de los gastos cubiertos que le corresponde pagar al afiliado.

	Prestador de servicios médicos preferencial de nivel superior	Prestador de servicios médicos preferencial	Prestador de servicios médicos básico	Fuera de la red
Deducible anual	$0 solo para empleados; $0 para familias			$5,000 solo para empleados; $10,000 para familias
Máximo anual de gastos de bolsillo	$8,000 solo para empleados; $16,000 para familias.			Ilimitado
Servicios preventivos Exámenes físicos y ginecológicos de rutina para adultos, atención de salud infantil, pruebas de detección rutinarias de la visión o la audición, exámenes relacionados (incluye pruebas de Papanicolaou, análisis de colesterol, análisis de orina, etc., realizados de forma rutinaria), colonoscopias de rutina (ambulatorias o en consultorio) y vacunaciones.	Sin costo			30% de coseguro
Médico de atención primaria Consulta médica	$30	$65	$125	30% de coseguro
Médico especialista Consulta médica	$75	$150	$325	30% de coseguro
Consulta presencial/Consulta virtual Proveedores de MDLIVE	$25			N/A
Consulta sobre salud mental y dependencia química	$30			30% de coseguro
Salud conductual ambulatoria/ Abuso de sustancias	$250			30% de coseguro
Servicios de rehabilitación/ habilitación Terapia física, ocupacional y del habla	**Consulta en el consultorio:** $100 **Centro de atención ambulatoria:** $150 **Paciente interno:** $5,800			N/A

IMPORTANTE: Es obligatorio utilizar SleepCharge (Nox Sleep Care) para la evaluación o el tratamiento de trastornos del sueño.

	Prestador de servicios médicos preferencial de nivel superior	Prestador de servicios médicos preferencial	Prestador de servicios médicos básico	Fuera de la red
Cirugía/estancia hospitalaria Para una cirugía con internamiento en un centro dentro de la red, usted paga un copago por cada estancia hospitalaria. Tras el pago de dicho copago, los servicios cubiertos —prestados por el cirujano, otros médicos y demás proveedores de servicios auxiliares dentro de la red— quedan cubiertos al 100 %, sin copagos adicionales por los servicios recibidos durante la misma estancia.	**Cirugía con ingreso hospitalario:** $8,000 **Estancia hospitalaria:** $5,800			30% de coseguro
Cirugía ambulatoria El copago incluye la mayoría de los servicios cubiertos que se prestan como parte de una cirugía ambulatoria. Es posible que se requiera autorización previa para procedimientos que no sean de emergencia.	**Cirugía en el consultorio:** $190 **Instalación independiente / Centro de cirugía ambulatoria:** $1,750 **Hospital (atención ambulatoria):** $2,500			30% de coseguro
Servicios de ambulancia Transporte terrestre y aéreo de emergencia (debe ser médicamente necesario)	$815 para transporte terrestre y $1,190 para transporte aéreo			
Tratamiento en urgencias Se elimina el copago en caso de ingreso hospitalario. No se permite la facturación de saldos (cobro de la diferencia) en la atención de urgencia fuera de la red. El tratamiento contra el COVID no tiene costo.	$1,200			
Atención de urgencias	$150			30% de coseguro
Laboratorio de diagnóstico Las pruebas de COVID no tienen costo. Las ecografías ginecológicas y obstétricas no requieren autorización previa. La mayoría de las pruebas de diagnóstico estándar realizadas durante una consulta con un médico de atención primaria o un especialista están cubiertas mediante el copago correspondiente a dicha consulta. Es posible que se requiera autorización previa para otros servicios. Consulte su manual de beneficios para obtener más detalles.	$175			30% de coseguro
Diagnóstico por imagen y rayos X El diagnóstico por imagen incluye pruebas de densidad ósea y estudios con radioisótopos.	$150			30% de coseguro
IMPORTANTE: Es obligatorio utilizar OneImaging para MRI y CT que no sean de emergencia ni urgentes.*				
MRI*	$200 centro independiente/$535 paciente ambulatorio			30% de coseguro
CT*	$150 centro independiente/$535 paciente ambulatorio			30% de coseguro
PET	$400 centro independiente/$535 paciente ambulatorio			30% de coseguro