

ASO HSA \$1700

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este plan de beneficios del Administrador de Reclamaciones. Es solo un resumen y forma parte del Folleto de Beneficios.¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Red de Full PPO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Full PPO. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor Participante que cuando se atiende con un Proveedor No Participante. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Deducibles por Año Calendario (CYD)²

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que el Administrador de Reclamaciones pague los Servicios Cubiertos del Plan. El Administrador de Reclamaciones paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

Cuando se usan Proveedores Participantes³ o No Participantes⁴

Deducible médico por Año Calendario	Cobertura individual	\$1,700
	Cobertura familiar	\$3,400: por persona
		\$3,400: por Familia

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁵

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero anual ni durante la membresía en la cantidad que pagará el Administrador de Reclamaciones por los Servicios Cubiertos.

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴
Cobertura individual	\$3,400	Ninguno
Cobertura familiar	\$3,400: por persona	Ninguno: por persona
	\$6,800: por Familia	Ninguno: por Familia

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios de Salud Preventivos⁷				
Servicios de Salud Preventivos	\$0		Sin cobertura	
Servicios del médico				
Visita al consultorio para recibir atención primaria	10 %	✓	50 %	✓
Visita al consultorio para recibir atención de un especialista	10 %	✓	50 %	✓
Visita del médico en el hogar	10 %	✓	50 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	10 %	✓	50 %	✓
Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados	10 %	✓	50 %	✓
Otros servicios profesionales				
Visita al consultorio de otro profesional	10 %	✓	50 %	✓
<i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos y terapeutas.</i>				
Servicios de acupuntura	10 %	✓	50 %	✓
<i>Hasta 12 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>				
Servicios de quiropráctica	10 %	✓	Sin cobertura	
<i>Hasta 20 visitas por Miembro, por Año Calendario.</i>				
Planificación familiar				
• Asesoramiento, consultas y educación	\$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo inyectable	\$0		Sin cobertura	
• Colocación del diafragma	\$0		Sin cobertura	
• Dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés)	\$0		Sin cobertura	
• Colocación y/o retiro del dispositivo intrauterino (IUD)	\$0		Sin cobertura	
• Anticonceptivo implantable	\$0		Sin cobertura	
• Ligadura de trompas	\$0		Sin cobertura	
• Vasectomía	10 %	✓	Sin cobertura	
• Diagnóstico y Tratamiento de la Causa de la Esterilidad	Sin cobertura		Sin cobertura	
Servicios de podología	10 %	✓	50 %	✓

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes	10 %	✓	50 %	✓
Atención por embarazo y maternidad				
Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal	10 %		50 %	✓
Servicios del médico para interrumpir el embarazo	10 %	✓	Sin cobertura	
Personal de enfermería obstétrica certificado	10 %	✓	10 %	✓
Servicios de emergencia				
Servicios de la sala de emergencias	\$100/visita más 10 %	✓	\$100/visita más 10 %	✓
<i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>				
Servicios del Médico en la sala de emergencias	10 %	✓	10 %	✓
Servicios de un centro de atención urgente	10 %	✓	50 %	✓
Servicios de ambulancia	\$100/transporte más 10 %	✓	\$100/transporte más 10 %	✓
<i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i>				
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios				
Centro Quirúrgico Ambulatorio	10 %	✓	Todos los cargos mayores de \$350	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía	10 %	✓	Todos los cargos mayores de \$350	✓
Artroscopia ⁸	10 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$4,500/procedimiento	✓	Sin cobertura	
Cirugía de catarata ⁸	10 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$2,000/procedimiento	✓	Sin cobertura	

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios	10 %	✓	50 %	✓
Servicios de un centro de atención para pacientes internados				
Servicios hospitalarios y estadía en un hospital	10 %	✓	Todos los cargos mayores de \$600	✓
Servicios de trasplante				
<i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i>				
• Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales	10 %	✓	Sin cobertura	
• Servicios para pacientes internados por parte de un médico	10 %	✓	Sin cobertura	
Beneficio de viaje por trasplante: El pago máximo no será mayor de \$10,000 por trasplante (no durante la membresía). Transporte terrestre de ida y de vuelta al Centro de Excelencia (COE, por sus siglas en inglés) cuando el COE designado esté a 75 millas (120 km) o más del lugar donde vive el receptor o el donante. Transporte aéreo de ida y de vuelta al COE en clase económica cuando el COE designado esté a 300 millas (480 km) o más del lugar donde vive el receptor o el donante.	Todos los cargos mayores de \$10,000/trasplante		Sin cobertura	

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados				
<i>Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.</i>				
Servicios de un centro de atención para pacientes internados	10 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios	10 %	✓	Sin cobertura	
Servicios del médico	10 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio				
<i>Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i>				
Servicios de laboratorio y patología				
<i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i>				
• Centro de laboratorio	10 %	✓	Sin cobertura	
• Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	10 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de imágenes básicas				
<i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i>				
• Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	10 %	✓	Sin cobertura	

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios <i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i>	10 %	✓	Sin cobertura	
Consultorio	10 %	✓	Sin cobertura	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital Servicios de imágenes avanzadas <i>Se incluyen servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i>	10 %	✓	Sin cobertura	
Centro de radiología para Pacientes Ambulatorios	10 %	✓	50 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	10 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Colonoscopia ⁸	10 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$1,500/procedimiento	✓	Sin cobertura	
Endoscopia gastrointestinal (GI) superior ⁸	10 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$1,000/procedimiento	✓	Sin cobertura	
Endoscopia GI superior con biopsia ⁸	10 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$1,250/procedimiento	✓	Sin cobertura	

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios de Rehabilitación y Habilitación				
<i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</i>				
Consultorio	10 %	✓	Sin cobertura	
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	10 %	✓	Sin cobertura	
Servicios de Terapia del Habla				
Consultorio	10 %	✓	50 %	✓
Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital	10 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)				
DME	10 %	✓	Sin cobertura	
Sacaleches	\$0		Sin cobertura	
Medidor de glucemia	\$0		Sin cobertura	
Medidor de flujo máximo	\$0		Sin cobertura	
Dispositivos y equipos ortóticos	10 %	✓	Sin cobertura	
<i>Hasta 2 pares de calzado y 2 plantillas para calzado terapéutico por Año Calendario.</i>				
Dispositivos y equipos protésicos	10 %	✓	50 %	✓
Servicios de atención de la salud en el hogar				
Hasta 100 visitas por Miembro, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.	10 %	✓	50 %	✓
Servicios de infusión y de inyección en el hogar				
Servicios de una agencia de infusión en el hogar	10 %	✓	50 %	✓
<i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i>				

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i>	10 %	✓	50 %	✓
Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <i>Hasta 150 días por Miembro, por período de beneficios, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.</i>				
SNF independiente	10 %	✓	10 %	✓
SNF en un hospital	10 %	✓	Todos los cargos mayores de \$600	✓
Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales				
Consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales	\$0		50 %	✓
Atención de rutina en el hogar	\$0		50 %	✓
Atención continua las 24 horas en el hogar	\$0		50 %	✓
Atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas	\$0		50 %	✓
Atención de relevo para pacientes internados	\$0		50 %	✓
Otros servicios y suministros				
Servicios de atención de la diabetes				
• Dispositivos, equipos y suministros	10 %	✓	50 %	✓
• Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	10 %	✓	50 %	✓
• Tratamiento médico de nutrición	10 %	✓	50 %	✓
Servicios de diálisis	10 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilketonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	10 %	✓	Sin cobertura	

Beneficios⁶

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴	Se aplica el CYD ²
Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio	10 %	✓	50 %	✓
Servicios para audífonos				
• Audífonos y equipos	10 %	✓	10 %	✓
<i>Hasta un máximo combinado de \$700 por Miembro, por período de 24 meses.</i>				
• Evaluaciones audiológicas	10 %		50 %	✓

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes o Proveedores Participantes del MHSA ³	Se aplica el CYD ²	Cuando se usan Proveedores No Participantes o Proveedores No Participantes del MHSA ^{4,9}	Se aplica el CYD ²
Servicios para pacientes ambulatorios				
Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico	10 %	✓	50 %	✓
Atención intensiva para pacientes ambulatorios	10 %	✓	50 %	✓
Tratamiento de Salud Conductual en el consultorio	10 %	✓	50 %	✓
Tratamiento de Salud Conductual en el hogar o en otro centro de atención no institucional	10 %	✓	50 %	✓
Tratamiento con opioides en el consultorio	10 %	✓	50 %	✓
Programa de Hospitalización Parcial	10 %	✓	50 % Sujeto a un Beneficio máximo de \$350/día	✓
Pruebas psicológicas	10 %	✓	50 %	✓
Servicios para pacientes internados				
Servicios para pacientes internados por parte de un médico	10 %	✓	50 %	✓
Servicios hospitalarios	10 %	✓	Todos los cargos mayores de \$600	✓
Atención en una residencia	10 %	✓	Todos los cargos mayores de \$600	✓

Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de imágenes avanzadas
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al consultorio y el tratamiento con opioides en el consultorio
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados

Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

Notas

1 Folleto de Beneficios:

El Folleto de Beneficios describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del Folleto de Beneficios en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en el Folleto de Beneficios. Consulte el Folleto de Beneficios para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que el Administrador de Reclamaciones pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Servicios Cubiertos que no están sujetos al Deducible médico por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos que se reciben de Proveedores Participantes son pagados por el Administrador de Reclamaciones antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario. Dichos Servicios Cubiertos no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYD" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

Este Plan de beneficios tiene Deducibles por Año Calendario combinados para Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes.

La cobertura familiar tiene un Deducible individual dentro del Deducible Familiar. Esto significa que llegará al Deducible toda persona con cobertura Familiar que llegue al Deducible individual antes de que la Familia llegue al Deducible Familiar dentro de un Año Calendario. Una vez que se llegue al Deducible individual o al Deducible Familiar, se aplica el costo compartido hasta que se llegue a los Gastos de Bolsillo Máximos.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el Folleto de Beneficios. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.
- Los cargos que sean mayores que el Beneficio máximo especificado no están cubiertos ni cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor.

4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el Folleto de Beneficios. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.
- Para algunos Beneficios de Proveedores No Participantes, se aplica la Cantidad Permitida que está en el cuadro de Beneficios, que es una cantidad de dinero (\$) específica. Usted es responsable de todos los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida, independientemente de que se incluya o no una cantidad en el cuadro de Beneficios.

5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, el Administrador de Reclamaciones pagará el 100 % de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos por los servicios que no están cubiertos y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico por Año Calendario también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan de beneficios tiene OOPM por separado para Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes. Sin embargo, solo los siguientes servicios de Proveedores No Participantes se acumularán para los OOPM:

- Servicios de ambulancia
- Servicios de emergencia
- Personal de enfermería obstétrica certificado
- Servicios de un centro de enfermería especializada independiente
- Audífonos y equipos

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario.

6 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que hacer un pago por visita al consultorio, además de un pago por suero antialérgico cuando vaya al médico para que le dé una inyección para la alergia.

7 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

8 Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios

Los servicios y suministros necesarios para las siguientes cirugías para Pacientes Ambulatorios están sujetos a un Beneficio máximo si se brindan en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: artroscopia, cirugía de catarata, colonoscopia, endoscopia GI superior y endoscopia GI superior con biopsia. No se aplica el Beneficio máximo cuando esos mismos servicios se brindan en un Centro Quirúrgico Ambulatorio participante.

9 Servicios de Proveedores No Preferidos, No Participantes o No Participantes del MHSA:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

Usted es responsable de todos los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida. Sin embargo, si el Proveedor No Preferido, No Participante o No Participante del MHSA es un Médico que trabaja en un Hospital y que brinda Servicios en un centro de atención (dentro de la red) para Proveedores Participantes o Proveedores Participantes del MHSA; o si los servicios de laboratorio fuera de la red son brindados por un proveedor (participante) dentro de la red, pero enviados a un proveedor no participante para su procesamiento, el pago del Administrador de Reclamaciones se hará al nivel de copago correspondiente a Proveedores Participantes.

Referencias autorizadas para Servicios de Proveedores No Preferidos, No Participantes o No Participantes del MHSA:

En algunos casos, es posible que el Administrador de Reclamaciones autorice las cantidades de costo compartido correspondientes a proveedores participantes (Deducibles o Copagos, si corresponde) para aplicarlas a una reclamación por un servicio cubierto que usted reciba de un proveedor no participante. En ese caso, usted o su médico deben comunicarse con el Administrador de Reclamaciones antes de recibir el servicio cubierto. Es su responsabilidad asegurarse de que exista esa comunicación. Si el Administrador de Reclamaciones autoriza una cantidad de costo compartido correspondiente a proveedores participantes para aplicarla a un servicio cubierto recibido de un proveedor no participante, es posible que usted siga siendo responsable de la diferencia entre la cantidad máxima permitida y el cargo correspondiente al proveedor no participante. Llame al número de teléfono de servicio al cliente que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener información sobre las referencias autorizadas o para pedir autorización.

Se produce una referencia autorizada cuando usted es referido a un proveedor no participante por sus necesidades médicas, pero solo cuando:

- a. No hay un proveedor participante que se dedique a la especialidad correspondiente, que brinde los servicios que se necesitan o que tenga los centros de atención necesarios dentro de un radio de 50 millas (80 km) del lugar donde usted vive;
- b. El médico, que es un proveedor participante, lo refiere por escrito al proveedor no participante; y
- c. El Administrador de Reclamaciones ha autorizado la referencia antes de que se brinden los servicios. Usted o su médico deben llamar al número de teléfono gratis que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación antes de programar una admisión o recibir los servicios de un proveedor no participante. Esas referencias autorizadas no están disponibles para los servicios de trasplante y de cirugía bariátrica. Esos servicios solo están cubiertos cuando se brindan en un COE.

Los planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Federales.