

tipo de atención/características del plan	Plan Core Cobertura*	Plan Enhanced Cobertura*
<p>Características del plan</p> <ul style="list-style-type: none"> . Médico de atención primaria (PCP) . Derivaciones . Beneficios fuera de la red . Beneficios fuera del área . Cobertura para estudiantes o dependientes <p>Puntos destacados de los costos compartidos del plan</p> <ul style="list-style-type: none"> . Copago por visita al consultorio médico (médico de atención primaria) . Copago por visita al consultorio médico (especialista) . Coseguro . Deducible . Máximo en efectivo . Máximo en vida <p>Servicios de atención médica preventiva</p> <ul style="list-style-type: none"> . Controles pediátricos de rutina . Exámenes físicos de rutina para adultos . Vacunas para adultos . Mamografía . Prueba de Papanicolaou . Examen ginecológico de rutina . Control de cáncer de próstata . Examen oftalmológico de rutina . Colonoscopia <p>Servicios en el consultorio médico</p> <ul style="list-style-type: none"> . Visitas médicas para diagnóstico . Radiografías de diagnóstico . Laboratorio y patología de diagnóstico . Pruebas de alergia 	<ul style="list-style-type: none"> . No es necesario . No es necesario . Sin cobertura . Cobertura en todo el mundo a través del programa BlueCard®. . Los dependientes y los estudiantes calificados tienen cobertura hasta los 26 años de edad. <ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$20 . Copago de \$40 . 20%, coseguro máximo: \$750 por persona/\$2,250 por familia . \$250 por persona/\$750 por familia . \$6,350 por persona/\$12,700 por familia . Ninguno <ul style="list-style-type: none"> . Cobertura total . Cobertura total para 1 examen por año según las pautas nacionales . Cobertura total . Cobertura total . Cobertura total . Cobertura total . Copago de \$20 por visita con su médico de atención primaria (PCP), copago de \$40 con especialista . Copago de \$20 para un examen oftalmológico rutinario por año. Asignación de \$60 para accesorios para la vista por año. . Preventiva: cobertura total <ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$20 por visita con su médico de atención primaria (PCP), copago de \$40 por visita con especialista . Copago de \$40 por visita. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC). . Copago de \$20 por visita . Copago de \$20 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> . No es necesario . No es necesario . Sin cobertura . Cobertura en todo el mundo a través del programa BlueCard®. . Los dependientes y los estudiantes calificados tienen cobertura hasta los 26 años de edad. <ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$15 . Copago de \$15 . Ninguno . Ninguno . \$6,350 por persona/\$12,700 por familia . Ninguno <ul style="list-style-type: none"> . Cobertura total . Cobertura total para 1 examen por año según las pautas nacionales . Cobertura total . Cobertura total . Cobertura total . Cobertura total . Copago de \$15 . Copago de \$15 por un examen de rutina cada año, asignación anual de \$100 disponible por año para accesorios para la vista . Preventiva: cobertura total <ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$15 por visita, \$0 para niños hasta la edad de 19 años para médico de atención primaria (PCP) . Copago de \$15. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC). . Cobertura total . Copago de \$15 por visita

tipo de atención/características del plan	Plan Core	Plan Enhanced
	Cobertura*	Cobertura*
<ul style="list-style-type: none"> . Inyecciones antialérgicas . Quimioterapia . Radioterapia . Segunda opinión médica . Visitas pediátricas por enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$20 por visita . Copago de \$40 por visita . Copago de \$40 por visita . Copago de \$40 por visita . Copago de \$20 por visita con su médico de atención primaria (PCP), copago de \$40 con especialista 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$15 por visita . Cobertura total . Cobertura total . Copago de \$15 por visita . \$0 hasta los 19 años de edad
<p>Servicios de maternidad</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atención prenatal . Atención hospitalaria para la madre (incluido el parto) . Atención para el recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> . Cobertura total . Cobertura del 80%, sujeta al deducible . Cobertura del 80%, sujeta al deducible 	<ul style="list-style-type: none"> . Cobertura total . Cobertura total . Cobertura total
<p>Medicamentos recetados</p> <ul style="list-style-type: none"> . Medicamentos de mantenimiento y de corto plazo 	<ul style="list-style-type: none"> . \$10/\$30/\$50 para venta al público o pedido por correo. Venta al público: 2.5 copago por suministro para 90 días. Pedido por correo: un copagos por suministro para 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> . \$5/\$20/\$35 para venta al público o pedido por correo. Venta al público: 2.5 copago por suministro para 90 días. Pedido por correo: un copago por suministro para 90 días
<p>Beneficios para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> . Beneficios en el hospital . Visitas del médico en el hospital . Rehabilitación física de pacientes hospitalizados . Cirugía . Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> . Cobertura del 80%, sujeta al deducible. Se aplica certificación previa. . Cobertura del 80%, sujeta al deducible . Cobertura del 80%, sujeta a deducible para un máximo de 60 días por año. Se aplica certificación previa. . Cobertura del 80%, sujeta al deducible o copago de \$100 . Cobertura del 80%, sujeta al deducible 	<ul style="list-style-type: none"> . Cobertura total para una cantidad ilimitada de días. Se aplica certificación previa. . Cobertura total . Cobertura total para un máximo de 60 visitas por año . Cobertura total . Cobertura total
<p>Atención de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atención en sala de emergencias . Centro independiente de atención de urgencia . Ambulancia 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$50 por visita, a menos que sea admitido en un plazo de 24 horas . Copago de \$25 por visita . Copago de \$50 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$50 por visita, a menos que sea admitido en un plazo de 24 horas . Copago de \$25 por visita . Copago de \$15
<p>Beneficios en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> . Radiografías de diagnóstico . Laboratorio y patología de diagnóstico . Atención quirúrgica . Quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$40 por visita. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC). . Copago de \$20 por visita . Cobertura del 80%, sujeta al deducible . Copago de \$40 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$15 por visita. Se aplica certificación previa a las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías por emisión de positrones (TEP) y las tomografías computarizadas (TC). . Cobertura total . Copago de \$15 . Cobertura total

tipo de atención/características del plan	Plan Core Cobertura*	Plan Enhanced Cobertura*
<ul style="list-style-type: none"> . Rehabilitación pulmonar . Hemodiálisis . Radioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$40 por visita . Cobertura del 80%, sujeta al deducible . Copago de \$40 por visita 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$15 por visita . Cobertura total . Cobertura total
<p>Salud mental y dependencia de sustancias químicas</p>		
<ul style="list-style-type: none"> . Atención de salud mental para pacientes hospitalizados . Atención de salud mental para pacientes ambulatorios . Atención por dependencia de sustancias químicas para pacientes hospitalizados . Atención por dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> . Cobertura del 80%, sujeta al deducible. Se aplica certificación previa. . Copago de \$40. Los servicios pueden proporcionarse en un centro para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un proveedor. . Cobertura del 80%, sujeta al deducible. Se aplica certificación previa. . Copago de \$40 	<ul style="list-style-type: none"> . Cobertura total para una cantidad ilimitada de días. Se aplica certificación previa. . Copago de \$15. Los servicios pueden proporcionarse en un centro para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un proveedor. . Cobertura total para una cantidad ilimitada de días. Se aplica certificación previa. . Copago de \$15 por visita
<p>Otros servicios</p>		
<ul style="list-style-type: none"> . Insulina e insumos para diabéticos . Centro especializado de enfermería . Atención domiciliaria . Centro de cuidados paliativos . Terapia para pacientes ambulatorios . Insumos y equipamiento médico duradero . Dispositivos ortopédicos y protésicos externos . Servicios quiroprácticos . Acupuntura . Odontología . Servicios audiológicos . Servicios privados de enfermería . Prueba de admisión previa 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$20 para suministro de hasta 30 días . Cobertura del 80%, sujeta a deducible para un máximo de 120 días por año, máximo de 360 días en la vida. Se aplica certificación previa. . \$20 por día, 40 visitas por año. Se aplica certificación previa. . Cobertura total para una cantidad ilimitada de días. . Copago de \$40 por visita para un total combinado de 45 visitas por año para fisioterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria . Cobertura del 50%. Se aplica certificación previa. . Cobertura del 50%, sujeta al deducible . Copago de \$20 por visita . Cobertura del 50% para un máximo de 10 visitas por año . Misma cobertura que servicio similar por lesiones accidentales en dientes naturales sanos y para recibir atención por anomalías o enfermedades congénitas . Copago de \$20 por examen de diagnóstico, sin cobertura para exámenes de rutina. Cobertura de audífonos para un máximo de \$2,000 por año . Sin cobertura . Cobertura total 	<ul style="list-style-type: none"> . Copago de \$15 . Cobertura total para un máximo de 120 días por año, hasta 360 días en la vida. Se aplica certificación previa. . Cobertura total por una cantidad ilimitada de visitas. Se aplica certificación previa. . Cobertura total para una cantidad ilimitada de días . Copago de \$15 por un total combinado de 45 visitas por año para fisioterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria . Cobertura del 80%. Se aplica certificación previa. . Cobertura del 80% . Copago de \$15 por visita . Cobertura del 50% para un máximo de 10 visitas por año . Misma cobertura que servicio similar por lesiones accidentales en dientes naturales sanos y para recibir atención por anomalías o enfermedades congénitas . Copago de \$15 por examen de diagnóstico, sin cobertura para exámenes de rutina. Cobertura de audífonos para un máximo de \$2,000 por año . Sin cobertura . Cobertura total