

Resumen de beneficios 2012

Médico, de medicamentos recetados, dental y de la vista

Sprout Beginnings



Un producto de Trillium Community Health Plan®

Los servicios están cubiertos únicamente cuando se obtienen de proveedores que pertenecen a la red excepto en emergencias o cuando Trillium Sprout Healthy KidsConnect proporcione una autorización previa para algún proveedor que no pertenece a la red. En estas circunstancias, se aplicaría un copago o coseguro normal.

Nota: Este resumen de beneficios no describe en su totalidad la cobertura de beneficios con Trillium Sprout Healthy KidsConnect.

Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 300% del nivel de pobreza federal.

Resumen de beneficios médicos

Beneficio máximo vitalicio	Ilimitado
Período de espera preexistente, incluyendo embarazo	Ninguno
Deducible médico del año calendario	\$1,000
Máximo de año calendario por miembro	\$6,000 (incluyendo deducible)

	El miembro paga
• Servicios y cuidado preventivos (de acuerdo con PPACA)	Ninguno
• Visitas al consultorio de un profesional	20% (después del deducible)
• Cuidados de hospital para pacientes hospitalizados: por admisión	20% (después del deducible)
• Cirugía para pacientes ambulatorios	20% (después del deducible)
• Atención de enfermería especializada: limitado a 60 días	20% (después del deducible)
• Cuidado de salud en el hogar: limitado a 60 días	20% (después del deducible)
• Sala de emergencia	20% (después del deducible)
• Ambulancia	20% (después del deducible)
• Maternidad en el hospital	20% (después del deducible)
• Laboratorio, imágenes y rayos X de diagnóstico y procedimientos especiales de diagnóstico	20% (después del deducible)
• Trasplantes	20% (después del deducible)
• Cuidados paliativos	20% (después del deducible)
• Rehabilitación para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios: limitado a 60 días	20% (después del deducible)
• Suministros y equipo médico duradero deducible)	20% (después del deducible)
• Salud mental/dependencia a sustancias químicas	
• Cuidado psiquiátrico para pacientes hospitalizados	Igual que los cuidados de hospital para pacientes hospitalizados
Tratamiento de día/residencial: igual que el cuidado para pacientes hospitalizados hasta por 60 días por año; tratamiento de día al igual que el costo de visitas al consultorio.	
• Tratamiento para pacientes ambulatorios	20% (después del deducible)
• Servicios alternativos: acupuntura, atención quiropráctica y naturopatía (sujeto a una remisión de un médico personal)	20% (después del deducible)
• Patología del habla-lenguaje, audiología y servicios de aparatos de corrección auditiva	20% (después del deducible)

Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 300% del nivel de pobreza federal.

Resumen de los beneficios de los medicamentos recetados

(Sujeto a la lista de medicamentos preferidos del plan)

Los servicios están cubiertos únicamente cuando se obtienen de proveedores que pertenecen a la red, excepto en emergencias o cuando el plan participante proporcione una autorización previa para alguien que no pertenece a la red. En estos casos se aplicaría el copago o el coaseguro normal.

El Medicamento recetado es un beneficio por separado y los gastos de desembolso directo por parte del miembro no se aplican hacia el gasto médico de desembolso directo.

Deducible de los medicamentos recetados en el año calendario	Ninguno
Desembolso directo máximo para los medicamentos recetados	
• Individual	Ilimitado
	El miembro paga
Medicamento genérico	\$5
Marca preferida	\$50 ó 50%, lo que sea menor
Marca no preferida*	\$50 ó 50%, lo que sea menor

* Los medicamentos recetados no preferidos están cubiertos solamente cuando existe un proceso de excepción con la compañía de seguros y en dichos casos estarían cubiertos en el nivel de copago de la marca preferida.

Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 300% del nivel de pobreza federal.

Resumen de beneficios dentales

Proveedor de la red

Los servicios están cubiertos únicamente cuando se obtienen de proveedores que pertenecen a la red, excepto en emergencias o cuando el plan participante proporcione una autorización previa para alguien que no pertenece a la red. En estos casos aplicaría el copago o el coseguro normal.

Beneficio máximo del año calendario	\$1,000
Deducible dental del año calendario	Ninguno
Desembolso directo máximo de servicios dentales*	
• Familias con 1 hijo	\$200
• Familias con 2 hijos o más	\$400

El miembro paga

De diagnóstico y preventivo

• Exámenes	\$0
• Rayos X	\$0
• Limpiezas	\$0
• Tratamiento con flúor	\$0
• Selladores	\$0

De restauración, cirugía oral y endodoncia

• Amalgamas	\$10
• Restauraciones de resina compuesta	\$10
• Coronas	\$30 por corona
• Extracciones	\$10
• Tratamiento del conducto radicular	\$10
• Extracciones quirúrgicas	\$10

Periodoncia

• Mantenimiento periodontal y de espacios	\$10
• Estabilización de la salud periodontal	\$10

Prostodoncia (desmontable)

• Dentaduras postizas completas o parciales	\$30
• Reparación de dentaduras postizas completas y parciales	\$15
• Procedimientos de rebase y revestimiento de dentaduras postizas	\$15

Ortodoncia

• Cubierto para pacientes que tienen un diagnóstico de paladar hendido con labio leporino	\$30
---	------

* Éste es el monto máximo que usted pagará por los beneficios dentales cubiertos por persona individual, por año calendario, antes de que su plan comience a pagar el 100% de los servicios cubiertos.

Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 300% del nivel de pobreza federal.

Resumen de beneficios de la vista

Los servicios están cubiertos únicamente cuando se obtienen de proveedores que pertenecen a la red, excepto en emergencias o cuando el plan participante proporcione una autorización previa para alguien que no pertenece a la red. En estos casos aplicaría el copago o el coaseguro normal.

	El miembro paga
Exámenes	
• Un examen de la vista cada 12 meses	\$0
Lentes de contacto con receta médica (como alternativa a los anteojos y monturas)	
• Cuando se aprueba por razones médicas	\$0
Protésica ocular, ojo artificial	
• Con documentación sobre la necesidad médica	\$0
Servicios de terapia de la vista	
• Seis sesiones por año calendario	\$0
Atención postcirugía	
• Atención postoperatoria de optometristas	\$0
Servicios de radiología	
• Por optometrista u oftalmólogo	\$0
	Subsidio máximo
Lentes con receta médica	
• Un par cada 12 meses Usted paga cualquier monto que exceda del subsidio máximo.	
• Lentes unifocales	\$96
• Lentes bifocales	\$134
• Lentes trifocales	\$180
Monturas	
• Una montura cada 12 meses Usted paga cualquier monto que exceda del subsidio máximo.	\$96

Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 300% del nivel de pobreza federal.