

Resumen de beneficios 2012

Médico, de medicamentos recetados, dental y de la vista

Sprout Jumpstart



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.

Se exonera la prima, copagos, coaseguro y gastos de desembolso directo para los miembros que son indios nativos americanos/nativos de Alaska.

Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 200% y hasta el 300% del nivel de pobreza federal.

Resumen de beneficios médicos

Beneficio máximo vitalicio	Ninguno
Período de espera preexistente, incluyendo embarazo	Ninguno
Deducible médico del año calendario	Ninguno
Desembolso directo máximo de servicios médicos*	
• Familias con 1 hijo	\$900
• Familias con 2 hijos o más	\$1,800
Desembolso directo máximo de medicamentos*	
• Familias con 1 hijo	\$100
• Familias con 2 hijos o más	\$200

	El miembro paga
• Servicios y cuidado preventivo	
• Servicios de cuidado de la salud de la mujer y Servicios de cuidado de salud del hombre	\$0
• Inmunizaciones de rutina	\$0
• Cuidado del bebé sano (0-24 meses) y Cuidado del niño sano (2-18 años)	\$0
• Información sobre diabetes para pacientes ambulatorios	\$0
• Visitas al consultorio de un profesional	\$10
• Cuidados de hospital para pacientes hospitalizados: por admisión	\$100
• Cirugía para pacientes ambulatorios	\$10
• Atención de enfermería especializada: limitado a 60 días	\$10
• Cuidado de salud en el hogar: limitado a 60 días	\$10
• Sala de emergencia: se exonera en el caso que se le ingrese**	\$100
• Ambulancia**	\$100
• Maternidad	
• Consultorio prenatal y postnatal	\$10
• Estadía en el hospital por trabajo de parto y nacimiento	\$100
• Laboratorio, imágenes y rayos X de diagnóstico y procedimientos especiales de diagnóstico	\$10
• Trasplantes	\$100
• Cuidados paliativos	\$10
• Rehabilitación para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios: limitado a 60 días	\$10

Continúa en la página siguiente

Se exonera la prima, copagos, coseguro y gastos de desembolso directo para los miembros que son indios nativos americanos/nativos de Alaska. Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 200% y hasta el 300% del nivel de pobreza federal.

Beneficios médicos, continúa de la página anterior

Beneficios médicos	El miembro paga
• Suministros y equipo médico duradero	\$10
• Salud mental/dependencia a sustancias químicas	Igual que los cuidados de hospital para pacientes hospitalizados
• Tratamiento para pacientes ambulatorios	\$10
• Servicios alternativos: acupuntura, atención quiropráctica y naturopatía (sujeto a una remisión de un médico personal)	\$10
• Patología del habla-lenguaje, audiología y servicios de aparatos de corrección auditiva	\$10

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

** El copago de sala de emergencia, copago de ambulancia, pagos de desembolso directo de medicamentos recetados y cargos desaprobados no aplican hacia el máximo de desembolso directo.

Resumen de los beneficios de los medicamentos recetados

(Sujeto a la lista de medicamentos preferidos del plan)

Deducible de los medicamentos recetados en el año calendario	Ninguno
Desembolso directo máximo para los medicamentos recetados	
• Familias con 1 hijo	\$100
• Familias con 2 hijos o más	\$200
	El miembro paga
Medicamento genérico	\$0
Marca preferida	\$10
Marca no preferida*	No está cubierto

* 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.

Se exonera la prima, copagos, coseguro y gastos de desembolso directo para los miembros que son indios nativos americanos/nativos de Alaska. Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 200% y hasta el 300% del nivel de pobreza federal.

Resumen de beneficios dentales	Proveedor de la red
Beneficio máximo del año calendario	\$1,750
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.

Se exonera la prima, copagos, coseguro y gastos de desembolso directo para los miembros que son indios nativos americanos/nativos de Alaska. Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 200% y hasta el 300% del nivel de pobreza federal.

Resumen de beneficios de la vista

	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

Se exonera la prima, copagos, coseguro y gastos de desembolso directo para los miembros que son indios nativos americanos/nativos de Alaska.

Las restricciones de este Resumen de beneficios se aplican a los niños cuyo ingreso familiar anual está por encima del 200% y hasta el 300% del nivel de pobreza federal.