



Sua Plan de Beneficios



totalplan
CONCEPTS

SU PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

El siguiente es su paquete de beneficios de salud. Freedomcare le proporciona el Plan para cumplir con la obligación de paridad salarial. El plan es administrado por Total Plan Concepts. Léalo detenidamente y llame al (877) 435-2063 si tiene alguna duda.

ENCONTRAR SU PLAN

Existen nueve niveles de planes de beneficios. Así es como determinamos en qué nivel de beneficio deberá inscribirse, de acuerdo con la cantidad de horas de paridad salarial que acumula cada mes:

- \$575+ paridad salarial mensual = Plan A, Dental y de Visión
- \$525-\$574 paridad salarial mensual = Plan B, Dental y de Visión
- \$475-\$524 paridad salarial mensual = Plan C, Dental y de Visión
- \$425-\$474 paridad salarial mensual = Plan D, Dental y de Visión
- \$375-\$424 paridad salarial mensual = Plan E, Dental y de Visión
- \$225-\$374 paridad salarial mensual = Plan F, Dental y de Visión
- \$180-\$224 paridad salarial mensual = MEC, Dental y de Visión
- \$130-\$179 paridad salarial mensual = Dental y de Visión
- \$0-\$130 paridad salarial mensual = Visión

Una vez que se haya inscrito en el programa, recibirá una tarjeta de identificación por correo. La tarjeta aparecerá igual en todos los niveles de beneficios. Llame al servicio de atención al cliente de Total Plan Concepts al (800) 507-1433 para averiguar en qué plan de beneficios se encuentra inscrito(a).

No existe opción para optar por no participar en este programa.

Reevaluaremos su afiliación mensualmente, en función de las horas no extraordinarias que haya trabajado durante ese mes. Con el fin de mantener una inscripción consistente dentro de los niveles del plan, su paridad salarial mensual total se promediará en 30,416 días por mes. Cualquier salario por encima del salario mínimo vigente reducirá su elegibilidad para beneficios.

CÓMO FUNCIONA

Su plan de beneficios de salud cuenta con una amplia gama de médicos de atención primaria y especialistas entre los cuales elegir. El Plan solo cubrirá consultas a un médico contratado por Magnacare. Puede visitar a cualquier médico de la red Magnacare, mostrar su tarjeta con el logotipo de Magnacare y el profesional sólo cobrará el co-pago de su plan. El deducible del plan no se aplicará a las visitas al consultorio. **No tendrá que pagar el copago por atención preventiva.** El plan paga un examen anual completo, así como exámenes y servicios de asesoramiento a los miembros en edad apropiada o estado de riesgo, de acuerdo con la Ley de Atención de Salud Asequible.

Este Plan paga los servicios hospitalarios cubiertos a pacientes hospitalizados y ambulatorios en los hospitales incluidos en la Lista de Hospitales del Plan, que se pueden encontrar en este folleto de beneficios. El Plan pagará al hospital una cantidad igual al Límite de Reclamo Permitido. En la mayoría de los casos, esto se traducirá en servicios sin complicaciones al utilizar el proveedor que ha elegido. En caso de que el proveedor le facture la diferencia en las tarifas, un Defensor del Miembro de Elap se encargará de su caso. Llame al (800) 507-1433 si siente que le han cobrado más de lo que debe pagar según su plan. Sólo será paga por el Plan la atención prestada los hospitales mencionados, con la excepción de los servicios de urgencias.

En la medida en que el Plan proporciona cobertura para beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a una mastectomía, también proporcionará cobertura para la cirugía reconstructiva de la forma correspondiente y de acuerdo con la consulta entre el médico de tratamiento y el paciente. La cobertura incluye la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas. Los coseguros, copagos, máximos aplicables del plan y otros requerimientos se aplican a la cirugía reconstructiva en conexión con una mastectomía y observan las normas establecidas para los beneficios comparables en el marco del plan.

PLAN DENTAL

El plan dental no incluye una red de proveedores, puede visitar al dentista de su preferencia. Su dentista debe enviar un Formulario de Reclamo Dental a Total Plan Concepts con la identificación de pago 80900. Puede solicitar un reembolso si paga por adelantado su visita dental. Los beneficios del plan dental se basan en un programa de tarifas y se limitan a los códigos de servicio incluidos en la lista. La lista de tarifas del plan dental se puede consultar más adelante en este folleto. Lleve el Programa de Tarifas Dentales a su visita dental. Para el reembolso, envíe el recibo con su nombre y número de afiliado por email a claims@freedomcareny.com.

PLAN VISIÓN

El programa oftalmológico cubre un examen anual de la vista con un proveedor participante de Magnacare. Simplemente muestre su tarjeta de identificación al proveedor y pague un copago de \$10. El plan también le reembolsará las lentes o armazones que elija. Para obtener el reembolso, envíe su recibo por e-mail con su nombre e identificación de miembro a claims@freedomcareny.com.



LISTA DE HOSPITALES

New Jersey

Monmouth Medical Center

300 2nd Ave, Long Branch, NJ 07740
600 River Ave, Lakewood, NJ 08701

Robert Wood Johnson Medical Center

Robert Wood Johnson Pl, New Brunswick, NJ 08901
865 Stone St, Rahway, NJ 07065
120 Albany St #360, New Brunswick, NJ 08901
60 Cooke Ave, Carteret, NJ 07008
110 Rehill Ave, Somerville, NJ 08876
1 Hamilton Health Pl, Hamilton Township, NJ .08690

Morristown Medical Center

100 Madison Ave, Morristown, NJ 07960

John F Kennedy

65 James St, Edison, NJ 08820

Newark Beth Israel

201 Lyons Ave, Newark, NJ 07112

Clara Mass Medical Center

1 Clara Maass Dr, Belleville, NJ 07109

Jersey City Medical

355 Grand St, Jersey City, NJ 07302

Bayonne Hospital Center

29 E 29th St, Bayonne, NJ 07002

Christ Hospital

176 Palisade Ave, Jersey City, NJ 07306

East Orange General Hospital

300 Central Ave, East Orange, NJ 07018

Trinitas Regional Medical Center

225 Williamson St, Elizabeth, NJ 07202

Brooklyn

Maimonides Medical Center

4802 10th Avenue Brooklyn, NY 11219

New York Presbyterian

506 Sixth Street Brooklyn, NY 11215

Kings County Hospital

451 Clarkson Ave, Brooklyn, NY 11233

SUNY Downstate

450 Clarkson Ave, Brooklyn, NY 11203

New York Community Hospital of Brooklyn

2525 Kings Hwy, Brooklyn, NY 11229

Mount Sinai Brooklyn

3201 Kings Hwy, Brooklyn, NY 11234

Coney Island Hospital

2601 Ocean Pkwy, Brooklyn, NY 11235

Wyckoff Heights

374 Stockholm St, Brooklyn, NY 11237

Kingsbrook Jewish

585 Schenectady Ave, Brooklyn, NY 11203

Woodhull Medical

760 Broadway, Brooklyn, NY 11206

Lutheran

150 55th St, Brooklyn, NY 11220

Mount Sinai Hospital

3201 Kings Hwy, Brooklyn, NY 11234

Brooklyn Hospital

121 DeKalb Avenue Brooklyn, NY 11204

Staten Island University Hospital

475 Seaview Ave, Staten Island, NY 10305

Richmond Medical Center

355 Bard Ave, Staten Island, NY 10310

Manhattan

New York Eye and Ear Infirmary

310 E 14th St, New York, NY 10003

Bellevue Hospital Center

462 1st Avenue, New York, NY 10016

Lenox Hill

100 E 77th St, New York, NY 10075

Mount Sinai St Luke's

1111 Amsterdam Ave, New York, NY 10025

Metropolitan Hospital Center

1901 1st Avenue, New York, NY 10029

New York Presbyterian Columbia University

622 West 168th Street New York, NY 10032

Harlem Hospital

506 Lenox Ave, New York, NY 10037

New York University Medical Center

550 1st Avenue, New York, NY 10016

Queens

New York Presbyterian Queens

56-45 Main Street
Flushing, NY 11355

Lincoln Hospital

234 E 149th St, Bronx, NY 10451

Flushing Hospital

4500 Parsons Blvd, Flushing, NY 11355

Jamaica Hospital

8900 Van Wyck Expy, Richmond Hill, NY 11418

Elmhurst Hospital

79-01 Broadway, Queens, NY 11373

Queens Hospital

82-68 164th St, Jamaica, NY 11434

Nassau

North Shore Hospital

300 Community Dr, Manhasset, NY 11030

Long Island Jewish Medical Center

270-05 76th Avenue, New Hyde Park, NY 11040

South Nassau Community Hospital

1 Healthy Way, Oceanside, NY 11572

221 Jericho Turnpike, Syosset, NY 11791

Nassau University Medical Center

2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, NY 11554

NSUH at Syosset

221 Jericho Turnpike, Syosset, NY 11791

Westchester

Montefiore Mount Vernon Hospital

12 N 7th Ave, Mt Vernon, NY 10550

St. Johns Riverside Hospital

967 N Broadway, Yonkers, NY 10701

20 E 1st St, Mt Vernon, NY 10550

Montefiore New Rochelle Hospital

16 Guion Pl, New Rochelle, NY 10802

White Plains Hospital

41 E Post Rd, White Plains, NY 10601

Hudson Valley Hospital Center

1980 Crompond Road, Cortland Manor, NY 10567

Northern Westchester

400 E Main St, Mt Kisco, NY 10549

Lawrence Hospital

55 Palmer Ave, Bronxville, NY 10708

Bronx

Montefiore Medical Center

1575 Blondell Ave, Bronx, NY 10461

3415 Bainbridge Ave, Bronx, NY 10467

60 E 208th St, Bronx, NY 10467

3380 Reservoir Oval E, Bronx, NY 10467

3725 Henry Hudson Pkwy #1D, Bronx, NY 10463

1055 E Tremont Ave, Bronx, NY 10460

3311 Bainbridge Ave, Bronx, NY 10467

3011 Boston Rd, Bronx, NY 10469

1250 Waters Pl, Bronx, NY 10461

North Central Bronx

3424 Kossuth Ave, Bronx, NY 10467

Montefiore Medical Center North Division

111 E 210th St, Bronx, NY 10467

Jacobi Medical Center

1400 Pelham Pkwy S, Bronx, NY 10461

Orange

Nyack Hospital

160 N Midland Ave, Nyack, NY 10960

Rockland

Good Samaritan Regional Medical Center

255 Lafayette Avenue, Suffern, NY 10901

Suffolk

Good Samaritan Hospital

1000 Montauk Hwy, West Islip, NY 11795

St. Catherine of Siena Medical Center

50 Route 25A Smithtown, NY 11787

John T. Mather Memorial Hospital

75 North Country Road Port Jefferson, NY 11777

St. Charles Hospital

200 Belle Terre Road Port Jefferson, NY 11777

St. Joseph Hospital

4295 Hempstead Turnpike Bethpage, NY 11714

Upsate New York

Buffalo General Hospital

100 High Street, Buffalo, NY 14203

Erie County Medical Center

462 Grider Street, Buffalo, NY 14215

Kenmore Mercy

2950 Elmwood Avenue, Kenmore, NY 14217

Millard Fillmore Suburban

1540 Maple Road, Amherst, NY 14226

Sisters of Charity Hospital

2157 Main Street, Buffalo, NY 14214

Mount St. Mary's Hospital

5300 Military Road, Lewiston, NY 14092

Glens Falls Hospital

100 Park St, Glens Falls, NY 12801

Ellis Medicine

1101 Nott St, Schenectady, NY 12308

St. Josephs Hospital Syracuse

301 Prospect Avenue, Syracuse, NY 13203

Faxton St. Luke's

1656 Champlin Ave, Utica, NY 13502

University of Rochester Medical Center

601 Elmwood Ave, Rochester, NY 14642

LISTA DE COSTOS DENTALES



Código de Procedimiento y Descripción - Prestación

DIAGNÓSTICO

D0120	Examen oral periódico una vez cada 6 meses	80.00
D0140	Emergencia/examen oral del problema	80.00
D0150	Paciente nuevo - examen inicial una vez cada 6 meses**	110.00
D0210	Intraoral - completo una vez cada 6 meses	120.00
D0220	Intraoral - primera película una vez cada 6 meses	40.00
D0230	Intraoral - cada adicional-una vez cada 6 meses	30.00
D0272	Rayos X de mordedura una vez cada 6 meses	50.00
D0274	Rayos X de mordedura una vez cada 12 meses	100.00

PREVENTIVO

D1110	Profilaxis (limpieza) adulto-una vez cada 6 meses	90.00
D1120	Profilaxis (limpieza) adulto-una vez cada 6 meses	90.00
D1203	Fluoruro, menor (sin profilaxis)-una vez cada 6 meses	35.00

MANTENIMIENTO DE ESPACIO (APARATOS PASIVOS)

D1510	Fijo - unilateral	65.00
D1515	Fijo - bilateral	85.00
D1550	Recementación	15.00

RESTAURACIONES

D2140	Amalgama, 1 superficie	35.00
D2150	Amalgama, 2 superficies	60.00
D2160	Amalgama, 3 superficies	100.00
D2330	Resina, 1 superficie, anterior	35.00
D2331	Resina, 2 superficies, anterior	60.00
D2332	Resina, 3 superficies, anterior	100.00

CORONAS INDIVIDUALES

D2750	Porcelana fundida con metal noble	200.00
D2790	Metal noble totalmente fundido	175.00
02920	Recementar corona	25.00

ENDODONCIA

D3220	Pulpotomía terapéutica	50.00
D3310	Canal de raíz, anterior	400.00
D3320	Canal de raíz, bicúspide	500.00
D3330	Canal de raíz, molar	450.00

PERIODONCIA

D4210	Gingivectomía/plastia, por cuadrante	150.00
D4260	Cirugía ósea, por cuadrante	350.00
D4341	Raspado periodontal/planificación de raíz	65.00
D4910	Mantenimiento periodontal, después de terapia activa	25.00

DENTADURAS POSTIZAS/REPARACIONES

D5640	Reemplazar diente roto, por diente	85.00
D5650	Agregar material a un diente existente	50.00
D5660	Agregar material a un diente existente	50.00
D5750	Revestimiento completo de la dentadura superior (laboratorio)	150.00

PÓNTICOS/CORONAS PUENTE

D6240	Porcelana fundida a metal noble	400.00
D6250	Resina con metal noble	350.00
D6720	Resina de corona con metal noble	350.00
D6750	Porcelana de corona fundida con metal noble	400.00
D6930	Recementar puente	50.00

EXTRACCIONES/CIRUGIA ORAL

D7140	Diente con erupción/raíz expuesta	75.00
D7220	Diente impactado - tejido blando	80.00
D7230	Diente impactado, parcialmente óseo	100.00
D7240	Diente impactado, parcialmente óseo	110.00
D7310	Alveoplastia con extracciones, por cuadrante	70.00

SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento de emergencia, por reporte	50.00
-------	--	-------

BENEFICIOS CUBIERTOS
QUÉ ES LO QUE PAGA

Los proveedores de la red incluyen a todos los médicos contratados por Magnacare. Los reclamos a los hospitales que figuran en la lista de hospitales preferidos se pagarán al límite permitido de reclamo.

	PLAN A	PLAN B	PLAN C
Período vitalicio máximo de beneficios	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Deducible anual	\$750 Individual \$1,500 Familiar	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar
Coseguro	20%	20%	20%
Máximo de bolsillo	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar
Habitación y panel semi privados*	20% de coseguro después del deducible 60 días de hospitalización máxima por año	20% de coseguro después del deducible 60 días de hospitalización máxima por año	20% de coseguro después del deducible 30 días de hospitalización máxima por año
Anestesia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Cuidados intensivos y unidades coronarias*	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Honorarios de cirujano*	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Maternidad	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Cuidados de guardería de rutina	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Atención en centros de enfermería especializada*	20% de coseguro después del deducible Máximo de 25 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 25 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 25 días por año
Tratamiento de rehabilitación en internación*	20% de coseguro después del deducible Máximo de 25 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 25 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 25 días por año
Atención en hospicio (internación)*	20% de coseguro después del deducible Máximo de 45 visitas por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 45 visitas por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 45 visitas por año
Transplante de órganos	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Pruebas de pre-admisión	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Cirugía ambulatoria*	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Diálisis de internación y ambulatorias*	20% de coseguro después del deducible Máximo de 30 visitas por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 10 visitas por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 10 visitas por año
Servicios de atención de salud a domicilio*	\$35 de copago por visita Máximo de 30 visitas por año	\$35 de copago por visita Máximo de 10 visitas por año	\$35 de copago por visita Máximo de 10 visitas por año
Visitas al consultorio del médico de cabecera	\$5 de copago por visita	\$5 de copago por visita	\$10 de copago por visita
Consulta a especialista	\$10 de copago por visita	\$10 de copago por visita	\$20 de copago por visita
Visitas al médico en hospital I/P	\$5 de copago por visita	\$5 de copago por visita	\$10 de copago por visita
Atención de alergias	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Atención quiropráctica	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Fisioterapia y terapia ocupacional	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Atención pre natal y post natal	\$5 de copago en la primera visita	\$5 de copago en la primera visita	\$10 de copago en la primera visita

BENEFICIOS CUBIERTOS	QUÉ ES LO QUE PAGA		
	PLAN A	PLAN B	PLAN C
Rutina física para adultos (1 por año)	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Mamografía preventiva y examen de Papanicolaou	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Examen preventivo de próstata	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Terapia del habla	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Servicios de ambulancia	Copago de \$400	Copago de \$400	Copago de \$400
Pruebas de diagnóstico de laboratorio	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Radiología de alta tecnología* (por ejemplo. TAC, MRI (resonancia magnética))	\$75 de copago	\$75 de copago	\$75 de copago
Rayos X	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Visita a la sala de emergencia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Centro de atención de urgencia	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Equipo médico perdurable	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Radiación y quimioterapia*	20% de coseguro Máximo de 40 visitas por año	20% de coseguro Máximo de 30 visitas por año	20% de coseguro Máximo de 30 visitas por año
Terapia de infusión a domicilio*	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Internación por condiciones mentales*	20% de coseguro después del deducible Máximo de 60 visitas por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 60 visitas por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 30 visitas por año
Salud mental de pacientes ambulatorios	\$10 de copago por visita	\$10 de copago por visita	\$20 de copago por visita
Desintoxicación con internación*	20% de coseguro después del deducible Máximo de 60 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 60 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 30 días por año
Rehabilitación por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	20% de coseguro después del deducible Máximo de 25 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 60 días por año	20% de coseguro después del deducible Máximo de 60 días por año
Tratamiento ambulatorio de dependencia química	\$10 de copago por visita	\$10 de copago por visita	\$20 de copago por visita
Visión	\$10 de copago 1 Examen ocular Hasta 100 \$ anuales para Lentes o Marcos	\$10 de copago 1 Examen ocular Hasta 100 \$ anuales para Lentes o Marcos	\$10 de copago 1 Examen ocular Hasta 100 \$ anuales para Lentes o Marcos
Dental	Incluido: Ver programación en página 5	Incluido: Ver programación en página 5	Incluido: Ver programación en página 5
Beneficios minoristas por medicamentos	Medicamentos genéricos \$10 de copago Marcas preferidas ^{1,2} : \$35 de copago Marcas no preferidas ^{1,2} : \$70 de copago	Medicamentos genéricos \$10 de copago Marcas preferidas ^{1,2} : \$35 de copago Marcas no preferidas ^{1,2} : \$70 de copago	Medicamentos genéricos \$10 de copago Marcas preferidas ^{1,2} : \$35 de copago Marcas no preferidas ^{1,2} : \$70 de copago

BENEFICIOS CUBIERTOS
QUÉ ES LO QUE PAGA

Los proveedores de la red incluyen a todos los médicos contratados por Magnacare. Los reclamos a los hospitales que figuran en la lista de hospitales preferidos se pagarán al límite permitido de reclamo.

	PLAN D	PLAN E	PLAN F
Período vitalicio máximo de beneficios	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Deducible anual	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar
Coseguro	20%	20%	20%
Máximo de bolsillo	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar
Habitación y panel semi privados*	20% de coseguro después del deducible <i>30 días de hospitalización máxima por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>30 días de hospitalización máxima por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>30 días de hospitalización máxima por año</i>
Anestesia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Cuidados intensivos y unidades coronarias*	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Honorarios de cirujano*	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Maternidad	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Cuidados de guardería de rutina	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Atención en centros de enfermería especializada*	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 25 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 20 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 20 días por año</i>
Tratamiento de rehabilitación en internación*	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 25 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 20 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 20 días por año</i>
Atención en hospicio (internación)*	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 45 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 45 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 45 días por año</i>
Trasplante de órganos	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Pruebas de pre-admisión	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Cirugía ambulatoria*	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Diálisis ambulatoria*	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 10 visitas por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 10 visitas por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 10 visitas por año</i>
Servicios de atención de salud a domicilio*	\$35 de copago por visita <i>Máximo de 10 visitas por año</i>	\$35 de copago por visita <i>Máximo de 10 visitas por año</i>	\$35 de copago por visita <i>Máximo de 10 visitas por año</i>
Visitas al consultorio del médico de cabecera	\$15 de copago por visita	\$10 de copago por visita	\$15 de copago por visita
Consulta a especialista	\$30 de copago por visita	\$20 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Visitas al médico en hospital I/P	\$15 de copago por visita	\$10 de co-pago por visita	\$15 de copago por visita
Atención de alergias	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Atención quiropráctica	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Fisioterapia y terapia ocupacional	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Atención pre natal y post natal	\$15 de copago en la primera visita	\$10 de copago en la primera visita	\$15 de copago en la primera visita

BENEFICIOS CUBIERTOS	QUÉ ES LO QUE PAGA		
	PLAN D	PLAN E	PLAN F
Rutina física para adultos (1 por año)	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Mamografía preventiva y examen de Papanicolaou	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Examen preventivo de próstata	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Terapia del habla	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de ambulancia	\$400 de copago	\$400 de copago	\$400 de copago
Pruebas de diagnóstico de laboratorio	\$30 de copago	\$20 de copago	\$30 de copago
Radiología de alta tecnología* (por ejemplo. TAC, MRI (resonancia magnética))	\$75 de copago	\$75 de copago	\$75 de copago
Rayos X	\$30 de copago	\$20 de copago	\$30 de copago
Visita a la sala de emergencia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Centro de atención de urgencia	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago
Equipo médico perdurable	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Radiación y quimioterapia*	20% de coseguro <i>Máximo de 10 visitas por año</i>	20% de coseguro <i>Máximo de 10 visitas por año</i>	20% de coseguro <i>Máximo de 10 visitas por año</i>
Terapia de infusión a domicilio*	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Internación por condiciones mentales*	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 30 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 30 días por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>Máximo de 30 días por año</i>
Salud mental de pacientes ambulatorios	\$30 de copago por visita	\$20 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Desintoxicación con internación*	20% de coseguro después del deducible <i>30 días de hospitalización máxima por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>30 días de hospitalización máxima por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>30 días de hospitalización máxima por año</i>
Rehabilitación por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	20% de coseguro después del deducible <i>25 días de hospitalización máxima por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>20 días de hospitalización máxima por año</i>	20% de coseguro después del deducible <i>20 días de hospitalización máxima por año</i>
Tratamiento ambulatorio de dependencia química	\$30 de copago por visita	\$20 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Visión	\$10 de copago 1 Examen ocular Hasta \$100 anuales para Lentes o Marcos	\$10 de copago 1 Examen ocular Hasta \$100 anuales para Lentes o Marcos	\$10 de copago 1 Examen ocular Hasta \$100 anuales para Lentes o Marcos
Dental	Incluido: Ver programación en página 5	Incluido: Ver programación en página 5	Incluido: Ver programación en página 5
Beneficios minoristas por medicamentos	Medicamentos genéricos \$10 de copago	Medicamentos genéricos \$10 de copago	Medicamentos genéricos \$10 de copago

BENEFICIOS CUBIERTOS	QUÉ ES LO QUE PAGA
----------------------	--------------------

Los proveedores de la red incluyen a todos los médicos contratados por Magnacare. Los reclamos a los hospitales que figuran en la lista de hospitales preferidos se pagarán al límite permitido de reclamo.

	MEC
Período vitalicio máximo de beneficios	Ilimitado
Deducible anual	\$0 Individual \$0 Familiar
Coseguro	15%
Máximo de bolsillo	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar
Habitación y panel semi privados*	Sin cobertura
Anestesia	Sin cobertura
Cuidados intensivos y unidades coronarias*	Sin cobertura
Honorarios de cirujano*	Sin cobertura
Maternidad	Sin cobertura
Cuidados de guardería de rutina	Sin cobertura
Atención en centros de enfermería especializada*	Sin cobertura
Tratamiento de rehabilitación en internación*	Sin cobertura
Atención en hospicio (internación)*	Sin cobertura
Trasplante de órganos	Sin cobertura
Pruebas de pre-admisión	Sin cobertura
Cirugía ambulatoria*	Sin cobertura
Diálisis ambulatoria*	Sin cobertura
Servicios de atención de salud a domicilio*	Sin cobertura
Visitas al consultorio del médico de cabecera	Sin cobertura
Consulta a especialista	Sin cobertura
Visitas al médico en hospital I/P	Sin cobertura
Atención de alergias	Sin cobertura
Atención quiropráctica	Sin cobertura
Fisioterapia y terapia ocupacional	Sin cobertura
Atención pre natal y post natal	Sin cobertura

BENEFICIOS CUBIERTOS	QUÉ ES LO QUE PAGA
	MEC
Rutina física para adultos (1 por año)	Sin costo
Mamografía preventiva y examen de Papanicolaou	Sin costo
Examen preventivo de próstata	Sin costo
Servicios de ambulancia	Sin cobertura
Pruebas de diagnóstico de laboratorio	Sin cobertura
Radiología de alta tecnología* (por ejemplo. TAC, MRI (resonancia magnética))	Sin cobertura
Rayos X	Sin cobertura
Visita a la sala de emergencia	Sin cobertura
Centro de atención de urgencia	Sin cobertura
Equipo médico perdurable	Sin cobertura
Radiación y quimioterapia*	Sin cobertura
Terapia de infusión a domicilio*	Sin cobertura
Internación por condiciones mentales* Limitado a enfermedades mentales de base biológica	Sin cobertura
Salud mental de pacientes ambulatorios Limitado a enfermedades mentales de base biológica	Sin cobertura
Desintoxicación con internación*	Sin cobertura
Rehabilitación por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Sin cobertura
Tratamiento ambulatorio de dependencia química	Sin cobertura
Visión	\$10 de copago 1 Examen ocular Hasta \$100 anuales para Lentes o Marcos
Dental	Incluido: Ver programación en página 5
Beneficios minoristas por medicamentos	Sin cobertura

*Estos servicios requieren pre-certificación. La falla en obtener certificación anticipada para un procedimiento electivo, o dentro de las 48 horas posteriores a un procedimiento de urgencia u hospitalización, dará lugar a una penalidad del 50%. No se cubrirán los servicios que no se consideren médicamente necesarios.

1) Si completa una receta de marca para la cual existe un equivalente genérico disponible, será responsable del copago, más la diferencia de costos entre dicha marca y el medicamento genérico.

2) El pedido por correo es obligatorio para los medicamentos de mantenimiento no genéricos después de la tercera presentación en una farmacia minorista.

Los máximos mencionados anteriormente son el total de los gastos de la red y fuera de la red. Por ejemplo, si un máximo de 60 días se exhibe dos veces para un servicio, el máximo del año calendario es de 60 días en total, que puede ser dividido entre proveedores de la red y fuera de la red. Este plan no proporciona beneficios para procedimientos cosméticos, tratamiento de infertilidad, cirugía bariátrica, fusión espinal y laminectomía, cuidados de rehabilitación, tratamiento de várices, formación profesional.

Consulte la Descripción Sumaria del Plan, para obtener una lista más completa de todos los beneficios, limitaciones y exclusiones. Un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) y un Documento Resumen del Plan (SPD) están disponibles en línea en <https://totalplantpa.com/documents/>. Introduzca "livewell" como nombre de usuario, y benefits como contraseña. Para recibir una copia en papel, por favor envíe su solicitud a service@sdfassociates.com.



Búsqueda de proveedores

MAGNACARE™

Los médicos pueden identificarse en

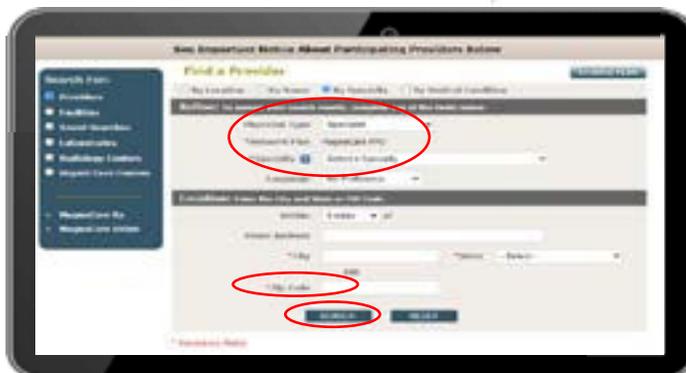
Magnacare.com

1 Haga clic en *'Encontrar un Proveedor'*



2 Seleccione *Magnacare* como proveedor de servicios sanitarios

3 Seleccione un tipo de proveedor



4 Ingrese *Tipo de Médico y Especialidad*, luego ingrese su *Código Postal* y *Buscar*



totalplan
CONCEPTS