

# 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](mailto: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](mailto: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 <sup>1,2</sup> : \$35 de copago Marcas no preferidas <sup>1,2</sup> : \$70 de copago	Medicamentos genéricos \$10 de copago Marcas preferidas <sup>1,2</sup> : \$35 de copago Marcas no preferidas <sup>1,2</sup> : \$70 de copago	Medicamentos genéricos \$10 de copago Marcas preferidas <sup>1,2</sup> : \$35 de copago Marcas no preferidas <sup>1,2</sup> : \$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
<b>Período vitalicio máximo de beneficios</b>	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<b>Deducible anual</b>	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar
<b>Coseguro</b>	20%	20%	20%
<b>Máximo de bolsillo</b>	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar	\$7,900 Individual \$15,800 Familiar
<b>Habitación y panel semi privados*</b>	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>
<b>Anestesia</b>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Cuidados intensivos y unidades coronarias*</b>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Honorarios de cirujano*</b>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Maternidad</b>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Cuidados de guardería de rutina</b>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Atención en centros de enfermería especializada*</b>	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>
<b>Tratamiento de rehabilitación en internación*</b>	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>
<b>Atención en hospicio (internación)*</b>	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>
<b>Trasplante de órganos</b>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Pruebas de pre-admisión</b>	Sin costo	Sin costo	Sin costo
<b>Cirugía ambulatoria*</b>	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Diálisis ambulatoria*</b>	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>
<b>Servicios de atención de salud a domicilio*</b>	\$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>
<b>Visitas al consultorio del médico de cabecera</b>	\$15 de copago por visita	\$10 de copago por visita	\$15 de copago por visita
<b>Consulta a especialista</b>	\$30 de copago por visita	\$20 de copago por visita	\$30 de copago por visita
<b>Visitas al médico en hospital I/P</b>	\$15 de copago por visita	\$10 de co-pago por visita	\$15 de copago por visita
<b>Atención de alergias</b>	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<b>Atención quiropráctica</b>	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<b>Fisioterapia y terapia ocupacional</b>	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<b>Atención pre natal y post natal</b>	\$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
	<b>MEC</b>
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 varices, 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](mailto:service@sdfassociates.com).





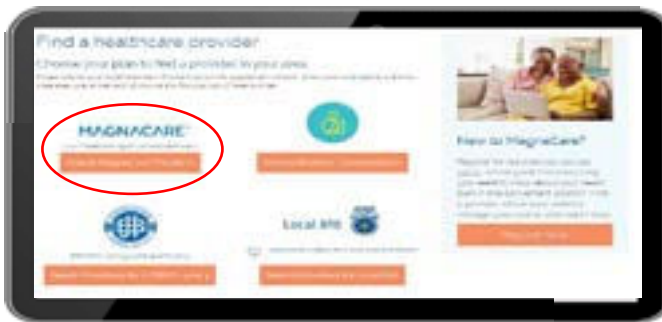
# Búsqueda de proveedores

## MAGNACARE™

Los médicos pueden identificarse en

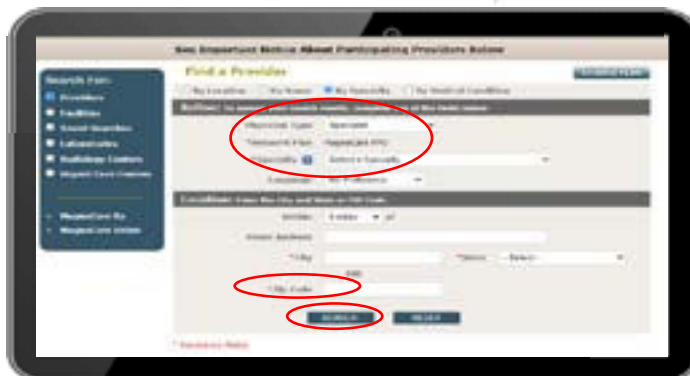
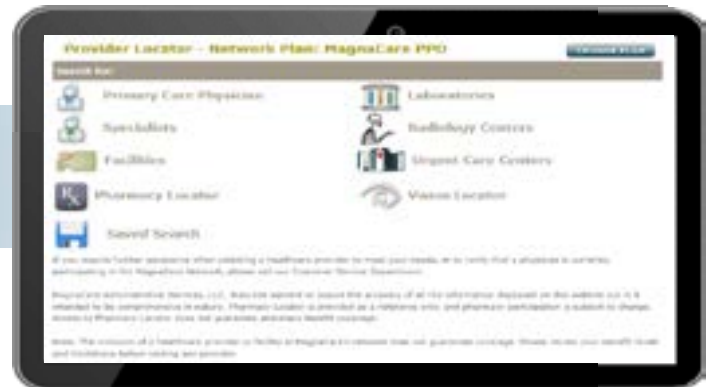
*Magnacare.com*

**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