

# Aspectos Destacados de los Beneficios del Plan

3500/20% (\$5,000 / \$10,000)

HSA -PPO Compatible

Detalles de los Beneficios	Responsabilidad del Miembro	
	En la Red	Fuera de Red <sup>1</sup>
<b>Maximo de el Plan</b> (combinado con Medicamentos) (Individual / Familiar)	\$5,000 / \$10,000	\$10,000 / \$20,000
Deductible por Calendario Anual (Individual/Familiar)	\$3,500 / \$7,000	\$7,000 / \$14,000
Coinsurance	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
<b>Servicios Profesionales</b>		
Visita al Doctor <sup>2</sup>	20% deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Visita al Especialista <sup>2</sup>	20% deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Servicios Preventivos <sup>2</sup>	\$0 deductible renunciado	40% del deductible se aplica
Servicios de Telesalud <sup>3</sup>	\$0 del deductible se aplica	No esta cubierto
Terapia para la Rehabilitacion <sup>4</sup>	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Rayos X <sup>2</sup>	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Servicios de Laboratorio <sup>2</sup>	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Servicios de Radiografia (incluye CT, SPECT, PET, MUGA, y MRI)	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
<b>Servicios en el Centro Medico</b>		
Cirugia Ambulatoria (hospital)	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Cirugia Ambulatoria (Centro de Cirugia Ambulatorio)	10% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Paciente Interno hospitalizado	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Servicios en el Centro de Enfermeria (Maximo 10 dias)	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
<b>Servicios de Emergencia</b>		
Sala de Urgencia	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Sala de Emergencia	20% del deductible se aplica	20% del deductible se aplica
Servicios Ambulatorios (sea por tierra / avion)	20% del deductible se aplica	20% del deductible se aplica
<b>Servicios para la Salud Mental y Abuso de Sustancias</b>		
Visita para paciente ambulatorio	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
<b>Mas servicios Ambulatorios</b> (incluye hospitalizacion parcial/ tratamiento de dia/paciente ambulatorio intensivo)	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Paciente Interno	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
<b>Otros Servicios</b>		
Equipo Medico durable <sup>2</sup>	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Equipo para Diabeticos	20% del deductible se aplica	40% del deductible se aplica
Servicios de Acupuntura	Detalles disponible Separado	Detalles disponible Separado
Servicios Quiropracticos	Detalles disponible Separado	Detalles disponible Separado

<sup>1</sup>Fuera de red reembolso esta basado en la cantidad maxima permitida. La persona cubierta es responsable de cargos excesos y maximo cargos permitidos ademas de el coseguro mostrado.

<sup>2</sup>Servicios preventivos estan cubiertos para niños y adultos basado en las pautas de U.S. Servicios Preventivos Grupo de Trabajo Grado A y B; el Comité Consultivo de Practicas de Immunizacion (ACIP) que han sido adoptadas por el Centro de Control y Prevencion de Enfermedades (CDC); y las pautas para los infantes, niños, adolescentes, y servicios preventivos para la salud de la Mujer soportado por Recursos de Salud y Servicios Administrativos (HRSA).

<sup>3</sup>El costo compartido para los servicios proporcionados por Teledoc; y todos los proveedores, el costo de telesalud seran los mismos que los de consulta en persona basado en el tipo de servicio prporcionado.

<sup>4</sup>Terapia para la rehabilitacion incluye terapia fisica, de habla y lenguaje, ocupacional, cardiaca y pulmonar.

## Health Net's Notificacion de No-Discriminacion

Este es un Resumen de Beneficios. No incluye todos los servicios cubiertos, las limitaciones ni las exclusiones. Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer todos los terminos y condiciones.

Health Net of California, Inc. Informacion confidencial y de propiedad exclusiva. Health Net es una marca registrada de Health Net, LLC. Reservados todos los derechos.

# Beneficios de Farmacia

\$3,500 deductible (\$10/\$30/\$55)

Beneficios se aplican: HSA- PPO Compatible

Detalles de los Beneficios	Farmacia Participante – responsabilidad al miembro	Farmacia no participante – responsabilidad al miembro
<b>Nivel 1</b> – Medicamentos en el formulario de Health Net (particularmente genericos)	\$10	\$10 + 50% AWP (\$250 maximo)
<b>Nivel 2</b> – Medicamentos y suministros diabeticos (incluye insulina) que este en el formulario (particularmente de marca preferida)	\$30	\$30 + 50% AWP (\$250 maximo)
<b>Nivel 3</b> – Incluye Medicamentos que no son de marca preferida, Medicamentos de marca preferida que son iguales a los genericos (solo cuando sean medicamento necesario), medicamentos que esten en la lista de Nivel 3 en el formulario, medicamentos que indiquen “NF”, si estan aprobados, y medicamentos que no esten en el formulario.	\$55	\$55 + 50% AWP (\$250 maximo)
<b>Nivel de Especialidad</b> – Medicamentos de alto costo para condiciones complejas	30% (\$250 maximo)	No cubre
<b>Deductible</b> – Medicamentos de marca preferidos	\$3,500/\$7K en red/fuera de red, deductible per miembro por ano, combinado con medico	
<b>Desembolso maximo</b>	Anualmente, combinado con desembolso maximo Medico	

## Conveniencia Por Correo

Si usted necesita un medicamento todos los dias (un medicamento que va necesitar por un largo tiempo), tiene la opcion de ordenar por correo para ahorrar tiempo y dinero con nuestro programa de Farmacia por correo.

Usando este metodo sus co-pagos pro 90-dias serian los siguientes:

Nivel del Beneficio	Responsabilidad al Miembro
<b>Nivel 1 – Medicamentos Genericos</b>	\$20
<b>Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferida</b>	\$75
<b>Nivel 3 – Medicamentos fuera del formulario</b>	\$137.50

Para mas information puede continuar como miembro de Health Net en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) > My Pharmacy Benefits > Mail Order Pharmacy or llamar a Servicios al miembro 800-676-6976.

## Sustitucion Generica

Medicamentos genericos se dispensaran cuando un medicamento generico igual este disponible. Health Net cubre medicamentos de marca preferidos que son igual a los de marca preferida solo cuando sean medicamento necesario y su medico obtenga previa autorizacion de Health Net, sujeto a co-pagos que se detallan en el Calendario de Beneficios.

### *Health Net's Notificacion de No-Discriminacion*

HMO, EOA, POS, PPO and Salud con Health Net HMO planes son ofrecidos por Health Net of California, Inc. Health Net of California, Inc. Informacion confidencial y de propiedad exclusiva. Health Net es una marca registrada de Health Net, LLC. Reservados todos los derechos.

# Programa combinado de Acupuntura y Quiropráctico

CALIDAD, COBERTURA ASEQUIBLE A TRAVÉS DE HEALTH NET Y PLANES ASH

**Health Net se ha unido con American Specialty Planes de Salud de California, Inc. (ASH Plans) para ofrecer cobertura asequible y de calidad de acupuntura y quiropráctica a miembros de PPO.**

Con esta programa, no necesita una referencia para ir a una consulta con un acupunturista o quiropráctico. Reduzca el costo de su bolsillo al auto referirse a un quiropráctico o acupunturista participante del directorio ASH. También es libre de obtener servicios con un acupunturista y quiropráctico que no sea participante, pero el costo será mayor. Para encontrar un proveedor participante, visita el **sitio web de ASH**



## Cuidado quiropráctico / Acupuntura

### Visita de Oficina co-pago<sup>1</sup>

**En la red:**  
20%  
por visita

**Fuera de la red:**  
40%  
Coseguro



Hasta 30 visitas combinadas por calendario anual en la red y fuera de red

(Visitas máximas de acupuntura y quiroprácticas serán combinadas).

### Que esta cubierto

Primer examen, visitas posteriores al consultorio, reexaminación

(continuada)

<sup>1</sup>Incluye visitas de sala de emergencia y urgencia, y referencias autorizadas de quiroprácticos no participante.

## 5g[VSVa W3Ugbg` fgdS

### Condiciones Cubiertas

- ? geUg^aWcgWUa kUa` VUa` WdWUa` SVSe  
[` UgkWUa` VUa` WUa\_ a XTda\_ [SYSk Va^ad  
\_ [aSeUS^
- Dolor, incluye dolor de espalda baja, dolor postoperatorio y dolor postoperatorio dental

- Nauseas, incluye nauseas postoperatorias y vomitos de adultos, nauseas y vomitos de quimioterapia, y nauseas del embarazo
- Síndrome del túnel carpiano
- Dolores de cabeza
- Osteoartritis y otros de artritis
- Codo de tenista

## Cuidado Quiropractico

### Condiciones Cubiertas

- Esguince/cepa lesiones a la columna vertebral e extremidades: muscular y lesiones ligamentosas, lesiones articulares, lesiones cartilaginosas y meniscos
- Musculoesquelético y condiciones relacionadas, incluye condiciones como:
  - Fibromialgia / dolor miofascial
  - Dolor extremo /bursitis/ codo de tenista / síndrome del túnel carpiano
- Lesiones del disco intervertebral / trastornos
- Enfermedad degenerativa de las articulaciones artropatías: osteoartritis/ osteoartrosis enfermedad degenerativa del disco, entesopatías etc.
- Condiciones neurológicas: síntomas de radiculopatía, ciático, radiculopatías cervical/ lumbar, lesiones del plexo nervioso etc.
- Trastornos inflamatorios: tendinitis, sinovitis, tenosinovitis, miositis, hombro congelado etc.

- Dolores de cabeza
- Atrapamiento/ síndromes compresivos: túnel carpal, túnel tarsal etc.
- Espasmos musculares y myalgia
- Síndromes de dolor local

**\$50** Subsidio para electrodomesticos quiropractico anual

para compras medicamente necesarias como:

- |                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| - soportantes          | - ortesis                        |
| - collares             | - frotar cinurones               |
| - almohadas            | - unidades de traccion para casa |
| - elevaciones de talon |                                  |
| - paquetes de hielo    |                                  |
| - cojines              |                                  |



## Definición de servicios cubiertos

### Acupuntura

Servicios medicamente necesario proporcionados por un acupunturista adecuado para las siguientes lesiones, enfermedades, trastornos funcionales o condiciones, solo cuando sean determinadas como medicamente necesario.

Verificación de que sea medicamente necesario puede ser requerida. Su proveedor se encargará si es requerida. Excepciones incluye:

- a. un examen inicial hecho por un acupunturista participante y la disposición o comienzo, en el examen inicial, de servicios medicamente necesarios, de acupuntura que si estén cubiertos, a la medida consistente de estándares de práctica reconocidos; y
- b. Cuando Planes de ASH aprueben el plan de tratamiento, los servicios aprobados para visitas posteriores al consultorio no solo incluye tratamientos aprobados si no también incluye una breve reevaluación en cada visita posterior al consultorio si el acupunturista lo determina necesario, sin que sean aprobadas por Planes de ASH.

### Cuidado Quiropráctico

Servicios cubiertos proporcionados por un quiropráctico participante incluye tratamiento musculoesquelético y trastornos relacionados, o síndromes de dolor cuando sean determinados medicamente necesario.

## Que no está cubierto

### Cuidado de Acupuntura

Servicios y suministros excluidos bajo el programa cuidado de acupuntura pueden estar cubiertos bajo los beneficios médicos de su plan. Favor de consultar su *Evidencia de Cobertura* para más información.

### Limitaciones y Exclusiones

- Dispositivos, personal y artículos de comodidad
- Exploración de diagnóstico, resonancia magnética, Tomografías computarizadas o termografía
- Exámenes o tratamiento que no sea musculoesquelético y trastornos relacionados, dolor, náuseas, y otras condiciones cubiertas, como descritas bajo la definición de cuidado de acupuntura arriba
- Hipnoterapia, entrenamiento conductual, terapia del sueño, programas de peso, programas educativos, elementos de autoayuda o servicios, entrenamientos de ejercicio físico
- Tratamientos o servicios que no sean autorizados por Planes de ASH

### Cuidado Quiropráctico

Servicios o suministros excluidos bajo el programa cuidado de quiropráctico pueden estar cubiertos bajo los beneficios médicos de su plan. Favor de consultar su *Evidencia de Cobertura* para más información.

### Limitaciones y Exclusiones

- Aire acondicionado, purificadores de aire, colchones terapéuticos, vitaminas, minerales, suplementos nutricionales o artículos de comodidad
- Exploración de diagnóstico, resonancia magnética, Tomografías computarizadas o termografía

- Exámenes o tratamiento no relacionado a trastornos neuromusculoesqueléticos
- Hipnoterapia, entrenamiento conductual, terapia del sueño, programas de peso, programas educativos, autoayuda no médica o cuidados personales o cualquier entrenamiento autoayuda de ejercicio físico
- Prueba de laboratorio, rayos X, ajustes e otros servicios que no sean quiroprácticamente necesarios o clasificados como experimental
- Exámenes físicos previos al empleo o rehabilitación vocacional surgiendo del empleo o cubierto bajo cualquier seguro de responsabilidad
- Tratamiento para el síndrome de la articulación temporomandibular
- Tratamientos o servicios que no sean autorizados por Planes de ASH

### Para más información por

### favor contactar Planes ASH al

**1-800-678-9133.** Esto solo es un resumen. Favor de consultar la *Evidencia de Cobertura* de su plan, que recibirá después de inscribirse, para determinar los términos exactos y condiciones de su cobertura

Consultar su *Evidencia de Cobertura* para detalles completos de su cobertura.

American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes de ASH) son subsidiaria de propiedad absoluta de American Specialty Health incorporada. Planes de ASH no están asociadas con Health Net de California, Inc.

Health Net of California, Inc. Información confidencial y de propiedad exclusiva. Health Net es una marca registrada de Health Net, LLC. Reservados todos los derechos.

FLY827855C02w (1/23)