

Resumen de Beneficios

Municipalities, Colleges, Schools
Insurance Group (MCSIG)
Desde el 1 de enero de 2024
Plan EPO

PPO Select Plan

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este plan de beneficios del Administrador de Reclamaciones. Es solo un resumen y forma parte del Folleto de Beneficios.¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Red de Full PPO

Este Plan usa una red específica de Proveedores de Atención de la Salud llamada red de proveedores de Full PPO. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Este es un plan de Organización de Proveedores Exclusivos (EPO, por sus siglas en inglés). Debe recibir todos los Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, pero hay algunas excepciones. Lea su Folleto de Beneficios para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com. **Todos los hospitales del condado de Monterrey se consideran Proveedores No Participantes, excepto Salinas Valley Health Medical Center.**

Deducibles por Año Calendario (CYD)²

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que el Administrador de Reclamaciones pague los Servicios Cubiertos del Plan. El Administrador de Reclamaciones paga algunos Servicios Cubiertos antes de que se llegue al Deducible por Año Calendario, como se ve en el cuadro de Beneficios que está abajo.

Cuando se usan Proveedores Participantes³ o No Participantes⁴

| Deducible médico por Año Calendario | Cobertura individual | Cobertura familiar |
|-------------------------------------|----------------------|--|
| | \$1,000 | \$1,000: por persona \$2,000: por Familia (dos personas tienen que llegar a un deducible de \$1,000 para llegar al deducible familiar de \$2,000) |

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario⁵

Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que pagará un Miembro cada Año Calendario por los Servicios Cubiertos. Las excepciones están en la sección Notas al final de este Resumen de Beneficios.

Sin Límite de Dinero Anual ni Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero anual ni durante la membresía en la cantidad que pagará el Administrador de

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ |
|----------------------|---|--|
| Cobertura individual | \$6,350 | Sin límites |

| | | | |
|---------------------------|---|--|--|
| <i>Cobertura familiar</i> | \$6,350: por persona \$12,700: por Familia (dos personas tienen que llegar a Gastos de Bolsillo Máximos de \$6,350 para llegar a los Gastos de Bolsillo Máximos familiares de \$12,700) | Sin límites: por persona Sin límites: por Familia | Reclamaciones por los Servicios Cubiertos. |
|---------------------------|---|--|--|

| | Su pago | | | |
|--|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
| Servicios de Salud Preventivos⁷ | | | | |
| Servicios de Salud Preventivos | \$0 | | Sin cobertura | |
| Servicios del médico | | | | |
| Visita al consultorio para recibir atención primaria | \$25/visita | | Sin cobertura | |
| Visita al consultorio para recibir atención de un especialista | \$35/visita | | Sin cobertura | |
| Visita al consultorio para recibir una inyección de suero antialérgico | 20 % | | Sin cobertura | |
| Visita del médico en el hogar | \$25/visita | | Sin cobertura | |
| Servicios del médico o del cirujano en un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios del médico o del cirujano en un centro de atención para pacientes internados | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Otros servicios profesionales | | | | |
| Visita al consultorio de otro profesional <i>Se incluyen enfermeros calificados para ejercer ciertas funciones del médico (nurse practitioners), asistentes médicos y terapeutas.</i> | \$25/visita | | Sin cobertura | |
| Servicios de acupuntura <i>Pago máximo del plan de \$2,000 por Miembro, por Año Calendario.</i> | \$0 | | \$0 | |
| Consulta por medio de Teladoc | \$0 | | Sin cobertura | |
| Consulta de dermatología por medio de Teladoc | \$0 | | Sin cobertura | |
| Planificación familiar | | | | |
| • Asesoramiento, consultas y educación | \$0 | | Sin cobertura | |
| • Anticonceptivo inyectable | \$0 | | Sin cobertura | |
| • Colocación del diafragma | \$0 | | Sin cobertura | |

Beneficios⁶

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|---|--|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés) Colocación y/o retiro del dispositivo intrauterino (IUD) Anticonceptivo implantable Ligadura de trompas Vasectomía Diagnóstico y Tratamiento de la Causa de la Esterilidad | <ul style="list-style-type: none"> \$0 \$0 \$0 \$0 20 % Sin cobertura | <ul style="list-style-type: none"> ✓ | <ul style="list-style-type: none"> Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura | |
| Servicios de podología | \$35/visita | | Sin cobertura | |
| Tratamiento médico de nutrición, no relacionado con la diabetes | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Atención por embarazo y maternidad | | | | |
| <p><i>Los servicios de atención por embarazo y maternidad están cubiertos igual que cualquier otro Servicio Cubierto.</i></p> <p><i>Lea la sección Beneficios de Atención por Embarazo y Maternidad de su Folleto de Beneficios si necesita más información sobre sus beneficios.</i></p> | | | | |
| Visitas al consultorio del médico: atención prenatal y posnatal | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios del médico para interrumpir el embarazo | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios de emergencia | | | | |
| Servicios de la sala de emergencias | \$500/visita más 20 % | ✓ | \$500/visita más 20 % | ✓ |
| <p><i>Si es admitido en el Hospital, no se aplica este pago para los servicios de la sala de emergencias. En cambio, se aplica el pago correspondiente a Proveedores Participantes que aparece en los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i></p> | | | | |
| Servicios del Médico en la sala de emergencias | 20 % | ✓ | 20 % | ✓ |

Beneficios⁶

Su pago

| | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|---|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Servicios de un centro de atención urgente | \$25/visita | | Sin cobertura | |
| Servicios de ambulancia <i>Este pago es para transporte autorizado o de emergencia.</i> | 20 % | ✓ | 20 % | ✓ |
| Atención quirúrgica de Transcarent Surgery Care⁸ | \$0 | | \$0 | |
| Transcarent Surgery Care administra el programa de cirugías, no Blue Shield. Si necesita más información, llame a servicio al cliente de Transcarent Surgery Care al (888) 387-3909. | | | | |
| Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | | | | |
| Centro Quirúrgico Ambulatorio | 10 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: cirugía | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios de un centro de atención para pacientes internados | | | | |
| Servicios hospitalarios y estadía en un hospital | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios de trasplante <i>Este pago es para todos los trasplantes cubiertos, excepto los trasplantes de tejido y de riñón. Para los servicios de trasplante de tejido y de riñón, se aplica el pago de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital.</i> | | | | |
| • Servicios para pacientes internados de un centro de trasplantes especiales | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| • Servicios para pacientes internados por parte de un médico | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |

Beneficios⁶

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes³ | Se aplica el CYD² | Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴ | Se aplica el CYD² |
|--|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <p>Servicios de cirugía bariátrica, en condados de California designados</p> <p><i>Este pago es para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California designados. Para los servicios de cirugía bariátrica que reciben las personas que viven en condados de California no designados, se aplican los pagos de los Servicios de un centro de atención para pacientes internados/Servicios hospitalarios y estadía en un hospital y los Servicios quirúrgicos y para pacientes internados por parte del médico cuando se trata de servicios para pacientes internados; en cambio, cuando se trata de servicios para pacientes ambulatorios, se aplican los pagos de los servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios y los servicios para pacientes ambulatorios por parte de un Médico.</i></p> | | | | |
| Servicios de un centro de atención para pacientes internados | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios de un Centro de Atención para Pacientes Ambulatorios | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios del médico | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| <p>Servicios de diagnóstico mediante radiografías, imágenes, patología y laboratorio</p> <p><i>Este pago es para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud de diagnóstico no Preventivos y procedimientos radiológicos de diagnóstico. Para conocer los pagos para los Servicios Cubiertos que son Servicios de Salud Preventivos, vea Servicios de Salud Preventivos.</i></p> | | | | |
| <p>Servicios de laboratorio y patología</p> <p><i>Se incluye prueba de Papanicolaou (Pap) de diagnóstico.</i></p> | | | | |
| • Centro de laboratorio | 20 % | | Sin cobertura | |
| • Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | 20 % | | Sin cobertura | |
| <p>Servicios de imágenes básicas</p> <p><i>Se incluyen radiografías simples, ecografías y mamografías de diagnóstico.</i></p> | | | | |
| • Centro de radiología independiente (que no pertenece a un hospital) | \$0 | | Sin cobertura | |

Beneficios⁶

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|---|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital <p>Otras pruebas de diagnóstico no invasivas para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Pruebas para diagnosticar enfermedades o lesiones, como pruebas de función vestibular, electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés), monitoreo cardíaco, estudios vasculares no invasivos, pruebas del sueño, pruebas musculares y de amplitud de movimientos, electroencefalograma y electromiografía (EEG y EMG, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i></p> | 20 % | | Sin cobertura | |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultorio | 20 % | | Sin cobertura | |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital <p>Servicios de imágenes avanzadas</p> <p><i>Se incluyen servicios de diagnóstico por imágenes radiológicas y de medicina nuclear, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones (CT, MRI, MRA y PET, respectivamente, por sus siglas en inglés).</i></p> | 20 % | | Sin cobertura | |
| <ul style="list-style-type: none"> Centro de radiología independiente (que no pertenece a un hospital) | \$0 | | Sin cobertura | |
| <ul style="list-style-type: none"> Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | 20 % | | Sin cobertura | |
| Servicios de Rehabilitación y Habilitación | | | | |
| <i>Se incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</i> | | | | |
| Consultorio | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios de Terapia del Habla | | | | |
| Consultorio | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) | | | | |
| DME | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Sacaleches | \$0 | | Sin cobertura | |

Beneficios⁶

Su pago

| | Quando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Dispositivos y equipos ortóticos | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Dispositivos y equipos protésicos | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios de atención de la salud en el hogar <i>Hasta 120 días por Miembro, por Año Calendario, por parte de una agencia de atención de la salud en el hogar. Todas las visitas cuentan para el límite, incluso las visitas durante cualquier período de Deducible que corresponda. Se incluyen visitas en el hogar por parte de un enfermero, un Auxiliar de la Salud en el Hogar, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional, y suministros médicos.</i> | 20 % | ✓ | 20 % | ✓ |
| Servicios de infusión y de inyección en el hogar | | | | |
| Servicios de una agencia de infusión en el hogar <i>Se incluyen medicamentos, suministros médicos y visitas por parte de un enfermero para los servicios de infusión en el hogar.</i> | 20 % | ✓ | 20 % | ✓ |
| Servicios de infusión en el hogar para pacientes con hemofilia <i>Se incluyen productos de factor de coagulación.</i> | 20 % | ✓ | 20 % | ✓ |
| Servicios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) <i>Hasta 365 días por Miembro, durante la membresía, excepto cuando se brindan como parte de un programa de Cuidados para Pacientes Terminales. Todos los días cuentan para el límite, incluso los días durante cualquier período de Deducible que corresponda y los días en diferentes SNF durante el Año Calendario.</i> | | | | |
| SNF independiente | 20 % | ✓ | 20 % | ✓ |
| SNF en un hospital | 20 % | ✓ | 20 % | ✓ |
| Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales | | | | |
| Consulta previa a la Atención para Pacientes Terminales | \$0 | ✓ | \$0 | ✓ |
| Atención de rutina en el hogar | \$0 | ✓ | \$0 | ✓ |
| Atención continua las 24 horas en el hogar | \$0 | ✓ | \$0 | ✓ |
| Atención a corto plazo para pacientes internados para controlar el dolor y los síntomas | \$0 | ✓ | \$0 | ✓ |
| Atención de relevo para pacientes internados | \$0 | ✓ | \$0 | ✓ |

Beneficios⁶

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|---|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Otros servicios y suministros | | | | |
| Servicios de atención de la diabetes | | | | |
| • Dispositivos, equipos y suministros | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes | \$0 | | Sin cobertura | |
| <i>Hasta un máximo de \$250 por Miembro, por Año Calendario.</i> | | | | |
| • Tratamiento médico de nutrición | \$0 | | Sin cobertura | |
| Servicios de diálisis | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Productos alimenticios especiales y fórmulas para la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Suero antialérgico facturado aparte de la visita al consultorio | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Inmunizaciones y vacunas para viajes | \$0 | | Sin cobertura | |
| Pelucas | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Servicios para pacientes ambulatorios | | | | |
| Visita al consultorio, incluso visita al consultorio del Médico | \$25/visita | | Sin cobertura | |
| Salud mental por medio de Teladoc | \$0 | | Sin cobertura | |
| Atención intensiva para pacientes ambulatorios | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Tratamiento de Salud Conductual con Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) en el consultorio | \$35/visita | | Sin cobertura | |
| Tratamiento de Salud Conductual con Análisis Conductual Aplicado (ABA) en el hogar o en otro centro de atención no institucional | \$35/visita | | Sin cobertura | |
| Tratamiento con opioides en el consultorio | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Programa de Hospitalización Parcial | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Pruebas psicológicas | 20 % | | Sin cobertura | |

Beneficios de Salud Mental y por Trastornos por el Uso de Sustancias Adictivas

Su pago

| | Cuando se usan Proveedores Participantes ³ | Se aplica el CYD ² | Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴ | Se aplica el CYD ² |
|--|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Servicios para pacientes internados | | | | |
| Servicios para pacientes internados por parte de un médico | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Servicios hospitalarios | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |
| Atención en una residencia | 20 % | ✓ | Sin cobertura | |

Autorización previa

Los siguientes servicios son algunos Beneficios que se usan con frecuencia y que necesitan autorización previa:

- Servicios de imágenes avanzadas
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, excepto las visitas al consultorio y el tratamiento con opioides en el consultorio
- Servicios de un centro de atención para pacientes internados
- Servicios del programa de cuidados para pacientes terminales

Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre los Beneficios que necesitan autorización previa.

Notas

1 Folleto de Beneficios:

El Folleto de Beneficios describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el Folleto de Beneficios para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del Folleto de Beneficios en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en el Folleto de Beneficios. Consulte el Folleto de Beneficios para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible por Año Calendario es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que el Administrador de Reclamaciones pague los Servicios Cubiertos del Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a dicho Deducible están indicados con una marca de verificación (✓) en el cuadro de Beneficios que está más arriba.

Servicios Cubiertos que no están sujetos al Deducible médico por Año Calendario. Algunos Servicios Cubiertos que se reciben de Proveedores Participantes son pagados por el Administrador de Reclamaciones antes de que usted llegue a cualquier Deducible médico por Año Calendario. Dichos Servicios Cubiertos no están indicados con una marca de verificación (✓) en la columna "Se aplica el CYD" del cuadro de Beneficios que está más arriba.

Este Plan tiene Deducibles por Año Calendario combinados para Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes.

La cobertura familiar tiene un Deducible individual dentro del Deducible Familiar. Esto significa que llegará al Deducible toda persona con cobertura Familiar que llegue al Deducible individual antes de que la Familia llegue al Deducible Familiar dentro de un Año Calendario.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

Teladoc. Las consultas de salud mental y por trastornos por el uso de sustancias adictivas se brindan por medio de Teladoc.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el Folleto de Beneficios. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida.

4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Miembros servicios de atención de la salud. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago o el Coseguro (una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario), y
- cualquier cargo que sea mayor que la Cantidad Permitida.

La definición de "Cantidad Permitida" está en el Folleto de Beneficios. Además:

- El Coseguro se calcula a partir de la Cantidad Permitida, que está sujeta a cualquier Beneficio máximo mencionado.
- Los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida no cuentan para los Gastos de Bolsillo Máximos; además, usted es el responsable de pagárselos al proveedor. Estos gastos de bolsillo pueden ser altos.

5 Gastos de Bolsillo Máximos (OOPM, por sus siglas en inglés) por Año Calendario:

Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario explicados. Los Gastos de Bolsillo Máximos son la cantidad máxima que tiene que pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que llegue a sus Gastos de Bolsillo Máximos, el Administrador de Reclamaciones pagará el 100 % de la Cantidad Permitida por los Servicios Cubiertos para el resto del Año Calendario.

Su pago después de llegar a los OOPM por Año Calendario. Seguirá pagando todos los cargos por los servicios que no están cubiertos y los cargos que sean mayores que la Cantidad Permitida.

Cualquier Deducible cuenta para los OOPM. Cualquier cantidad que pague que cuente para el Deducible médico también cuenta para los Gastos de Bolsillo Máximos por Año Calendario.

Este Plan tiene OOPM por separado para Proveedores Participantes y Proveedores No Participantes.

La cobertura familiar tiene OOPM individuales dentro de los OOPM Familiares. Esto significa que llegará a los OOPM toda persona con cobertura Familiar que llegue a los OOPM individuales antes de que la Familia llegue a los OOPM Familiares dentro de un Año Calendario.

6 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que tenga que hacer un pago por visita al consultorio, además de un pago por suero antialérgico cuando vaya al médico para que le dé una inyección para la alergia.

Notas

7 Servicios de Salud Preventivos:

Si recibe solamente Servicios de Salud Preventivos durante una visita al consultorio del Médico, no tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por la visita. Si recibe Servicios de Salud Preventivos y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que tenga que pagar un Copago o un Coseguro por la visita.

8 Atención quirúrgica de Transcarent Surgery Care:

No tiene que pagar ningún Copago ni Coseguro por los servicios que se brindan por medio de Transcarent Surgery Care. Estos servicios no están sujetos al Deducible por Año Calendario.

Los planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Federales.

Pb101023;031324