

ASO

Indemnity Premier Plan para Empleados generales jubilados mayores de 65 años y policías jurados jubilados mayores de 65 años de City of Hialeah

Este plan le brinda la máxima libertad para enfrentar cualquier situación relacionada con el cuidado de la salud. Este programa increíblemente flexible le permite tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud, incluso qué médicos y especialistas visitar. Con esta versión de seguro de salud, se proporcionan beneficios por los servicios de salud cubiertos que se reciban de cualquier médico u otro proveedor de cuidado de la salud con licencia.

Algunos de los Beneficios Importantes de Su Plan:

Usted tiene acceso a médicos, centros de salud y otros profesionales de cuidado de la salud, incluidos los especialistas, sin designar a un Médico de Cuidado Primario ni obtener una referencia.

Los Beneficios se encuentran disponibles para visitas al consultorio y cuidado hospitalario, así como para cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los servicios de Care CoordinationSM se encuentran disponibles para ayudar a identificar y prevenir demoras en el cuidado para aquellas personas que pudieran necesitar ayuda especializada.

Las emergencias tienen cobertura en cualquier parte del mundo.

Las pruebas de Papanicolau tienen cobertura.

El cuidado prenatal tiene cobertura.

Los exámenes médicos de rutina tienen cobertura.

Las vacunas infantiles tienen cobertura.

Las mamografías tienen cobertura.

Los exámenes de la vista y de audición tienen cobertura.

Indemnity Plan

Tipos de Cobertura

Beneficios y cantidades de Copago

Este Resumen de Beneficios solo pretende destacar sus Beneficios y no se debe depender de su contenido para determinar completamente su cobertura. Es posible que este plan de beneficios no cubra todos sus gastos de cuidado de la salud. **En el Resumen de la Descripción del Plan que recibirá al inscribirse en el Plan, encontrará descripciones más completas de los Beneficios y de las condiciones bajo las cuales se proporcionan.**

Si este Resumen de Beneficios discrepa de alguna manera del Resumen de la Descripción del Plan emitido a su empleador, prevalecerá este último.

Los términos que aparecen en mayúscula en el Resumen de Beneficios están definidos en el Resumen de la Descripción del Plan.

* Se requiere preautorización para ciertos servicios.

Deducible Anual: \$750 individual o \$1,500 familiar por año calendario

Máximo de Gastos Médicos y de Farmacia de su Bolsillo: \$4,000 por persona o \$12,000 por familia por año calendario.

El Máximo de Gastos de su Bolsillo incluye el Deducible Anual, los Coseguros y el Costo Compartido de Farmacia. Se aplica un Máximo de Gastos de Farmacia de su Bolsillo adicional; consulte el resumen de Farmacia.

Beneficio Máximo de la Póliza: Sin límite

1. Servicios de ambulancia: De emergencia y que no son de emergencia

Transporte terrestre: El 90 % de los Gastos Aprobados
Transporte aéreo: El 90 % de los Gastos Aprobados

2. Servicios dentales: Solo para accidentes

El 90 % de los Gastos Aprobados

**Cirugía bucal o muelas del juicio
Extracción de dientes impactados
Máximo pagadero por diente \$50.00**

3. Equipo Médico Duradero

El 90 % de los Gastos Aprobados

4. Servicios de Salud de Emergencia

El 90 % de los Gastos Aprobados

5. Exámenes de la vista

Sin Cobertura

6. Cuidado de la Salud a Domicilio

Los Beneficios se limitan a 60 visitas de servicios para el cuidado especializado por año calendario

El 90 % de los Gastos Aprobados

7. Cuidados Paliativos

El 90 % de los Gastos Aprobados

8. Hospital: Estadía como Paciente Hospitalizado

El 90 % de los Gastos Aprobados

9. Inyecciones Recibidas en el Consultorio Médico

El 100 % por inyección

10. Servicios de Maternidad

Igual a los puntos 8, 11, 12 y 13

11. Servicios quirúrgicos, terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios

Cirugía para Pacientes Ambulatorios

El 90 % de los Gastos Aprobados

Servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios

Laboratorio y radiología/radiografías: El 90 % de los Gastos Aprobados
Mamografías: El 90 % de los Gastos Aprobados

Servicios terapéuticos o de diagnóstico para pacientes ambulatorios: tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética y tratamientos de medicina nuclear

El 90 % de los Gastos Aprobados

Tratamientos terapéuticos para pacientes ambulatorios

El 90 % de los Gastos Aprobados

12. Servicios en el Consultorio Médico por enfermedad y lesión	El 90 % de los Gastos Aprobados
Servicios para el Cuidado Preventivo:	Según lo exigido por la legislación de la reforma del cuidado de la salud
Visita al Consultorio del Médico de Cuidado Primario y especialista	El 100 % de los Gastos Aprobados
Servicios preventivos de laboratorio, radiografías u otros exámenes preventivos	El 100 % de los Gastos Aprobados
13. Honorarios Profesionales por Servicios Quirúrgicos y Médicos	El 90 % de los Gastos Aprobados
Servicios para Enfermería Privada: Pacientes ambulatorios El 90 % de los Gastos Aprobados	
Suministros para ostomía El 90 % de los Gastos Aprobados	
Productos farmacéuticos (esto incluye los medicamentos administrados en un centro ambulatorio, en el consultorio médico y por una agencia de cuidado de la salud a domicilio) El 90 % de los Gastos Aprobados	
Mesoterapia (máximo del año calendario de \$2600) El 90 % de los Gastos Aprobados	
Suplementos y fórmulas nutricionales (la cobertura solamente está disponible si esa es la única fuente de nutrición) El 90 % de los Gastos Aprobados	
Suministros y Aparatos Médicos Incluye la cobertura de suministros para catéteres, 2 pares de medias (de compresión o marca Jobst) por año, plantillas ortóticas (según la necesidad médica), bandas craneales (según la necesidad médica), implantes cocleares (según la necesidad médica) El 90 % de los Gastos Aprobados	
Servicios para el tratamiento de la articulación temporomandibular: Deben ser médicamente necesarios. El 90 % de los Gastos Aprobados	
14. Prótesis	El 90 % de los Gastos Aprobados
15. Procedimientos reconstructivos	Igual a los puntos 8, 11, 12, 13 y 14
16. Servicios para la Rehabilitación: Terapia para Pacientes Ambulatorios	El 90 % de los Gastos Aprobados
Manipulación de la columna vertebral: 25 visitas por año calendario Fisioterapia: Sin límite Terapia ocupacional: Sin límite Terapia del habla: Sin límite (incluye la cobertura para servicios no restaurativos solamente para la condición médica, no para retrasos del habla) Rehabilitación pulmonar: Sin límite Rehabilitación cardíaca: Sin límite Rehabilitación después de un implante coclear: Sin límite Los beneficios por servicios para la rehabilitación están sujetos a los límites que se indican en la sección de beneficios	

SUS BENEFICIOS

Tipos de Cobertura	Beneficios y cantidades de Copago
17. Servicios en Centros de Enfermería Especializada o Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados Los Beneficios se limitan a 60 días por año calendario.	El 90 % de los Gastos Aprobados
18. Servicios para trasplantes	El 90 % de los Gastos Aprobados
19. Servicios en Centros de Cuidado de Urgencia Se aplica el copago, deducible o coseguro correspondiente cuando se prestan estos servicios: Tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, productos farmacéuticos, procedimientos endoscópicos; cirugía; tratamientos terapéuticos.	El 90 % de los Gastos Aprobados

Beneficios adicionales

Servicios para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias: Pacientes Ambulatorios	El 90 % de los Gastos Aprobados
Servicios para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias: Pacientes Hospitalizados e Intermedios	El 90 % de los Gastos Aprobados

Excepto según lo específicamente estipulado en la sección 1 del Resumen de la Descripción del Plan o a través de una Cláusula Adicional al Plan, no habrá cobertura para lo siguiente.

A. Tratamientos Alternativos

Acupresión, hipnotismo, masaje tipo Rolfing, terapia de masaje, aromaterapia, acupuntura y otras formas de tratamiento alternativo.

B. Comodidad o Conveniencia

Artículos o servicios para la comodidad o conveniencia personales, tales como televisor, teléfono, servicio de barbero o de belleza, servicios para visitas, suministros, equipo o servicios y suministros incidentales similares para la comodidad personal, por ejemplo, acondicionadores de aire, purificadores de aire y filtros, baterías y cargadores de baterías, deshumidificadores y humidificadores, dispositivos o computadoras para ayudar en la comunicación y el habla.

C. Servicios Dentales

Excepto según lo específicamente descrito como servicios cubiertos en la sección 1 del Resumen de la Descripción del Plan para reparar un diente natural sano que tenga un daño documentado relacionado con un accidente, los servicios dentales están excluidos. No hay cobertura para los servicios prestados para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los dientes, los maxilares o las encías (que incluyen la extracción, la restauración y el reemplazo de dientes, los tratamientos médicos o quirúrgicos de condiciones dentales y los servicios para mejorar los resultados dentales clínicos). Los implantes dentales y los frenos dentales están excluidos. Las radiografías dentales, los suministros y aparatos y todos los gastos relacionados que surjan a raíz de dichos servicios dentales (entre ellos, los de hospitalizaciones y anestesia) están excluidos, excepto cuando sean necesarios para la preparación de un trasplante, la iniciación del tratamiento con inmunosupresores o el tratamiento directo de una Lesión traumática aguda, cáncer o paladar hendido. El tratamiento de dientes congénitamente faltantes, mal posicionados o supernumerarios está excluido, aunque sea parte de una Anomalia Congénita.

D. Medicamentos

Medicamentos con receta para el uso de pacientes ambulatorios, que sean surtidos a través de una receta o un resurtido. Medicamentos autoinyectables. Medicamentos no inyectables suministrados en el consultorio médico, excepto cuando sean necesarios en una Emergencia. Tratamientos y medicamentos sin receta.

E. Servicios Experimentales, de Investigación o No Comprobados

Los Servicios Experimentales, de Investigación o No Comprobados están excluidos. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico Experimental, de Investigación o No Comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no significa que resultará en Beneficios si el procedimiento se considera Experimental, de Investigación o No Comprobado para el tratamiento de dicha condición en particular.

F. Cuidado de los Pies

Cuidado de rutina de los pies (que incluye el corte o la extracción de callos y callosidades), recorte, corte o limpieza de uñas, cuidado de mantenimiento preventivo e higiénico de los pies, tratamiento de pies planos o de subluxación del pie, plantillas ortopédicas.

G. Suministros y Aparatos Médicos

Dispositivos usados específicamente como elementos de seguridad o para influir principalmente en el desempeño en actividades relacionadas con los deportes. Suministros médicos y desechables, recetados o no, que incluyen, entre otros, medias elásticas, vendas ACE, gasas y vendajes, suministros para ostomía, jeringas y tiras de medición para diabéticos. Aparatos ortopédicos que enderezan o corrigen la forma de una parte del cuerpo (que incluyen las bandas craneales y algunos tipos de abrazaderas ortopédicas). Los tubos y las mascarillas no tienen cobertura, excepto cuando se usen con Equipo Médico Duradero, según lo descrito en la sección 1 del Resumen de la Descripción del Plan.

H. Salud Mental o Abuso de Sustancias

Servicios prestados en relación con condiciones no clasificadas en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Servicios que se extiendan más allá del período necesario para la evaluación a corto plazo, el diagnóstico, el tratamiento o la intervención en casos de crisis. Servicios para la salud mental como tratamiento del insomnio y otros trastornos del sueño, trastornos neurológicos y otros trastornos con un origen físico conocido.

Tratamiento de trastornos del comportamiento y del control de impulsos, trastornos de personalidad, parafilias y otras Enfermedades Mentales que no mejorarán de manera importante más allá del nivel actual de funcionamiento o que no están sujetos a una modificación o un manejo favorable de acuerdo con los estándares nacionales vigentes de la práctica clínica, según lo que determine razonablemente la Persona Designada para Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Servicios que utilicen el tratamiento de metadona como mantenimiento, L.A.A.M. (1-alfa-acetil-metadol), ciclazocina o sus equivalentes. Tratamiento proporcionado en relación o para cumplir con hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias, detenciones policiales y otras disposiciones similares, a menos que sea autorizado por la Persona Designada para Salud Mental y Abuso de Sustancias. Servicios o suministros que, a criterio razonable de la Persona Designada para Salud Mental y Abuso de Sustancias no sean, por ejemplo, coherentes con ciertos estándares nacionales o investigaciones profesionales que se describen con más detalle en la sección 2 del Resumen de la Descripción del Plan.

I. Nutrición

Terapia a base de las megavitaminas y la nutrición, asesoramiento nutricional para personas o grupos de personas. Alimentación entérica y otros suplementos nutricionales y a base de electrolitos, incluidas las fórmulas para lactantes y la leche materna de donantes.

J. Apariencia física

Procedimientos Estéticos, que incluyen, entre otros, regímenes farmacológicos, procedimientos o tratamientos nutricionales, salabrasión, quimiocirugía y otros procedimientos similares de abrasión de la piel asociados con la eliminación de cicatrices, tatuajes o que se realizan como tratamiento para el acné. El reemplazo de un implante de seno existente está excluido si el implante de seno anterior fue un Procedimiento Estético. (El reemplazo de un implante de seno existente es considerado reconstructivo si el implante de seno inicial se realizó después de una mastectomía). Programas de acondicionamiento físico,

tales como entrenamiento atlético, fisioculturismo, ejercicio, gimnasia, flexibilidad y distracción o motivación general. Programas para bajar de peso por motivos médicos y no médicos. Pelucas, independientemente del motivo de la caída del cabello.

K. Proveedores

Servicios prestados por un proveedor que tenga su misma residencia legal o que sea familiar, por nacimiento o matrimonio, entre ellos, su cónyuge, hermano, hermana, padre, madre, hijo o hija. Esto incluye cualquier servicio que el proveedor pueda prestarse a sí mismo. Los servicios prestados en un centro de diagnóstico autónomo hospitalario sin una orden escrita de un médico o de otro proveedor, tal como se describe detalladamente en la sección 2 del Resumen de la Descripción del Plan (esta exclusión no se aplica a las mamografías).

L. Reproducción

Servicios de salud y gastos asociados para tratamientos de infertilidad. Paternidad subrogada. Reversión de una esterilización voluntaria.

M. Servicios proporcionados en otro plan

Servicios de salud para los cuales las leyes federales, estatales o locales exigen que se adquiera otra cobertura o que se presten a través de otras disposiciones, que incluyen, entre otras, la cobertura requerida por el seguro de accidentes laborales, el seguro automotor que cubre los daños independientemente de la responsabilidad o por legislaciones similares. Si la cobertura del seguro de accidentes laborales o legislación similar es opcional debido a que usted podría elegirla o que podría haber sido elegida para usted, no se pagarán Beneficios por ninguna Lesión, Enfermedad Mental o Enfermedad que podría haber estado cubierta por el seguro de accidentes laborales o por una legislación similar si se hubiera elegido dicha cobertura. Servicios de salud para el tratamiento de discapacidades relacionadas con el servicio militar, cuando usted tiene derecho legal a otra cobertura y los centros de salud se encuentran razonablemente a su disposición. Servicios de salud mientras se encuentre en servicio militar activo.

N. Trasplantes

Los servicios de salud para trasplantes de órganos o tejidos están excluidos, excepto los beneficios especificados como cubiertos en la sección 1 del Resumen de la Descripción del Plan. Cualquier trasplante de órganos sólidos que se realice como tratamiento del cáncer. Servicios de salud relacionados con la extracción de un órgano o tejido que se realice para trasplantarlo a otra persona. Servicios de salud para trasplantes relacionados con órganos mecánicos o de animales. Cualquier trasplante de órganos múltiples no detallado como un Servicio de Salud Cubierto, en la sección 1 del Resumen de la Descripción del Plan.

O. Viajes

Servicios de salud prestados en un país extranjero, a menos que sean necesarios como Servicios de Salud de Emergencia. Gastos de viaje o transporte, aunque sean indicados por un Médico. Es posible que algunos gastos de viaje relacionados con servicios de trasplante cubiertos se reembolsen según nuestro criterio.

P. Vista y audición

Costo de compra de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos. Cargo por el ajuste o adaptación de aparatos auditivos, anteojos o lentes de contacto. Terapia de ejercicios oculares. Cirugía que tenga por objetivo permitirle ver mejor sin anteojos u otras correcciones de la vista, por ejemplo, queratotomía radial, cirugía láser u otras cirugías oculares refractivas.

Q. Otras exclusiones

Servicios y suministros de salud que no cumplen la definición de Servicio de Salud Cubierto. Consulte la definición en la sección 10 del Resumen de la Descripción del Plan.

Exámenes médicos, psiquiátricos o psicológicos, evaluaciones, vacunas, inmunizaciones o tratamientos cubiertos de alguna manera por el Plan cuando: (1) Sean requeridos únicamente con fines de carrera profesional, escuela, deportes o campamentos, viajes, empleo, seguro, matrimonio o adopción, (2) estén relacionados con procedimientos u órdenes judiciales o administrativas, (3) se realicen con fines de investigación médica o, (4) para obtener o mantener una licencia de cualquier tipo.

Servicios de salud recibidos como resultado de una guerra o de cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.

Servicios de salud recibidos después de la fecha de finalización de la cobertura de su Plan, incluidos los servicios de salud para condiciones de salud que surjan antes de la fecha de finalización de la cobertura de su Plan.

Servicios de salud por los que usted no tiene responsabilidad legal de pago o por los que normalmente no se cobraría en ausencia de la cobertura de esta Póliza. En el caso de que un Proveedor Fuera de la Red no cobre Copagos o el Deducible Anual por un servicio de salud en particular, no se proporcionarán Beneficios por dicho servicio de salud. Cargos que excedan los Gastos Aprobados o que excedan cualquier limitación especificada.

Servicios para la evaluación y el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular, ya sea que los servicios sean considerados de naturaleza médica o dental.

Cirugía del maxilar superior e inferior, excepto cuando sea necesaria para el tratamiento directo de una Lesión traumática aguda o de cáncer. Cirugía ortognática, alineación de la mandíbula y tratamiento para la articulación temporomandibular, excepto como tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.

Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de la obesidad (incluida la obesidad mórbida).

Terapia con hormona de crecimiento, tratamiento de la ginecomastia benigna (agrandamiento anormal de los senos en el hombre), tratamiento médico y quirúrgico para la sudoración excesiva (hiperhidrosis), tratamiento médico y quirúrgico para los ronquidos, excepto cuando sea prestado como parte de un tratamiento para la apnea obstructiva del sueño que esté documentada. Aparatos bucales para los ronquidos. Cuidado de custodia, cuidado domiciliario, servicios de enfermería privada, relevo del cuidador, curas de reposo.

Psicocirugía. Terapia del habla, excepto cuando sea necesaria para el tratamiento de un impedimento del habla o disfunción del habla, resultante de una Lesión, un derrame cerebral o una Anomalia Congénita.

Este Resumen de Beneficios solo pretende destacar sus Beneficios y no se debe depender de su contenido para determinar completamente su cobertura. Es posible que este plan no cubra todos sus gastos de cuidado de la salud. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan para ver una lista completa de los servicios, limitaciones, exclusiones y una descripción de todos los términos y condiciones de la cobertura. Si esta descripción discrepa de alguna manera del Resumen de la Descripción del Plan, prevalecerá este último. Los términos que aparecen en mayúscula en el Resumen de Beneficios están definidos en el Resumen de la Descripción del Plan.