

Resumen de Beneficios de BlueChoice HMO

Marymount University

Servicios	Dentro de la red usted paga ^{1,2}
	Visite carefirst.com/marymount para encontrar proveedores
LÍNEA QUE BRINDA ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA	
Asesoramiento gratuito de un enfermero diplomado. Visite carefirst.com/marymount para obtener más información sobre sus opciones de atención médica.	Cuando su médico no esté disponible, llame al 800-535-9700 para hablar con un enfermero titulado acerca de sus preguntas de salud y opciones de tratamiento.
DEDUCIBLE ANUAL (Periodo de Beneficios)²	
Individual	Ninguno
Familiar	Ninguno
LÍMITE MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DE BOLSILLO (Periodo de Beneficios)³	
Atención médica ⁴	\$4,500 Individual/\$6,000 Familiar
Medicamentos con receta ⁴	Combinados con el límite máximo de gastos de bolsillo dentro de la red
BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA	
Máximo de por vida	Ninguno
SERVICIOS PREVENTIVOS	
Atención del niño sano (incluye exámenes y vacunas)	Sin cargo*
Examen físico de adultos (incluye consultas ginecológicas de rutina)	Sin cargo*
Examen de detección de cáncer de mama	Sin cargo*
Prueba de Papanicolaou	Sin cargo*
Examen de detección de cáncer de próstata	Sin cargo*
VISITAS AL CONSULTORIO, LABORATORIO Y PRUEBAS	
Visitas al consultorio por enfermedad (los afiliados son responsables del pago de las tarifas que corresponden al médico y al centro médico)	\$25 PCP/\$35 por visita a especialista
Diagnóstico por imágenes (angiografía por resonancia magnética [ARM]/espectroscopia por resonancia magnética [ERM], imagen por resonancia magnética [IRM], tomografía por emisión de positrones [TEP] y tomografía computarizada [TC])	Sin cargo*
Laboratorio	Sin cargo*
Radiografías	Sin cargo*
Pruebas de alergia	Sin cargo*
Vacunas contra la alergia	\$5 por visita
Terapia del lenguaje, fisioterapia y terapia ocupacional ⁵ (límite de 30 visitas por afección por periodo de beneficios)	\$35 por visita
Servicios quiroprácticos (límite de 20 visitas por periodo de beneficios)	\$35 por visita
Acupuntura	Sin cobertura (excepto cuando el Plan lo apruebe o autorice, si se usa en lugar de anestesia)
SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Centro de atención de urgencia	\$35 por visita
Sala de emergencias—Servicios del centro médico	\$100 por visita (no aplica si la persona es hospitalizada)
Sala de emergencias—Servicios médicos	Sin cargo*
Ambulancia (si es médicamente necesaria)	Sin cargo*
HOSPITALIZACIÓN (los afiliados son responsables del pago de las tarifas que corresponden a gastos y centros médicos)	
Servicios en centros de atención ambulatoria	\$150 por visita
Servicios médicos para pacientes ambulatorios	\$25 PCP/\$35 por visita a especialista
Servicios para pacientes internados en centros de hospitalización	\$300 por admisión
Servicios médicos para pacientes internados	Sin cargo*

Resumen de Beneficios de BlueChoice HMO

Servicios	Dentro de la red usted paga ^{1,2}
ALTERNATIVAS AL HOSPITAL	
Atención médica a domicilio	Sin cargo*
Centro de cuidados paliativos	Sin cargo*
Centro de enfermería especializada	Sin cargo*
MATERNIDAD	
Visitas preventivas prenatales y postnatales al consultorio	Sin cargo*
Parto y servicios del centro médico	\$300 por admisión
Atención del recién nacido en neonatología	Sin cargo*
Inseminación artificial e intrauterina ⁶ (límite de 6 intentos por nacimiento con vida)	Tarifa del centro médico de \$150 por visita
Procedimientos de fertilización in vitro ⁶	Sin cobertura
TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL (los afiliados son responsables por los honorarios de los médicos y las tarifas del centro médico que correspondan)	
Servicios para pacientes internados en centros de hospitalización	\$300 por admisión
Servicios médicos para pacientes internados	\$25 por visita
Servicios en centros de atención ambulatoria	\$150 por visita
Servicios médicos para pacientes ambulatorios	\$25 por visita
Visitas al consultorio	\$25 por visita
Administración de medicamentos	\$25 por visita
DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS	
Equipo médico duradero	25 % del Beneficio Cubierto
Audífonos	Sin cobertura
VISIÓN	
Examen de rutina (límite de 1 visita por periodo de beneficios)	\$10 por visita
Anteojos y lentes de contacto	Descuentos de los centros de visión participantes

Nota: el Beneficio Cubierto es la tarifa que los proveedores participantes de la red han acordado aceptar por un servicio en particular. El proveedor participante no puede cobrar al afiliado un monto superior al permitido por los servicios cubiertos. Ejemplo: El Dr. Carson cobra \$100 por atender a un paciente enfermo. Para ser parte de la red de CareFirst, ha acordado aceptar \$50 por visita. El afiliado pagará su copago/coseguro y deducible (si corresponde) y CareFirst pagará el monto restante hasta \$50.

* Sin copago ni coseguro.

- 1 Cuando el afiliado recibe múltiples servicios de más de un proveedor en el mismo día, el afiliado deberá pagarle a cada proveedor.
- 2 Para cobertura familiar únicamente: cuando un miembro de la familia alcanza el deducible individual, puede comenzar a recibir los beneficios. Ningún familiar puede aportar un monto superior al deducible individual. El deducible familiar debe alcanzarse antes de que el resto de los miembros de la familia puedan comenzar a recibir los beneficios.
- 3 Para cobertura familiar únicamente: cuando un miembro de la familia alcanza el límite máximo de gastos de bolsillo, sus servicios se cubrirán al 100 % sin que superen el Beneficio Cubierto. Ningún miembro de la familia puede aportar un monto superior al límite máximo individual de gastos de bolsillo. El máximo familiar de gastos de bolsillo debe alcanzarse antes de que los servicios para el resto de los miembros de la familia estén cubiertos al 100 % sin que superen el Beneficio Cubierto.
- 4 El Plan tiene un límite máximo de gastos de bolsillo integrado de atención médica y medicamentos con receta.
- 5 Las limitaciones de visitas no se aplican a los niños de 2 a 10 años de edad cuando la fisioterapia, la terapia del lenguaje y la terapia ocupacional se practican como parte del tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
- 6 Los afiliados que no puedan concebir tienen cobertura para la evaluación de servicios de infertilidad para confirmar un diagnóstico de infertilidad y alguna opción de tratamiento para dicho diagnóstico. Se requiere autorización previa.

No todos los servicios y los procedimientos están cubiertos en su contrato de beneficios. Este resumen es solo para fines comparativos y no crea derechos que no otorgue el plan de beneficios.

Estos beneficios se otorgan con los siguientes números de formularios de póliza: VA/CFBC/GC (R. 1/13), VA/CFBC/DOCS (R. 1/09), VA/CFBC/EOC (R. 1/09), VA/ BC-OOP/SOB (R. 1/09), VA/CFBC/ATTC (R. 1/10), VA/CFBC/DOL APPEAL (R. 7/12), VA/CFBC/RX3 (R. 1/15) y cualquier modificación.



La familia de planes de salud

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage, Inc. CareFirst Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por: First Care, Inc.). CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., CareFirst Advantage DSNP, Inc., CareFirst Community Partners, Inc., CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia, CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc., y The Dental Network, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.