

Resumen de Beneficios de BluePreferred

Natural Food Holdings

Plan Básico NFH

Servicios	Dentro de la red usted paga ^{1,2}	Fuera de la red usted paga ^{1,3}
	Ciertos servicios requieren autorización previa. El hecho de no obtener la preautorización generalmente resultará en costos más altos para usted. Consulte la Evidencia de cobertura. Visite carefirst.com/naturalfoods para localizar proveedores	
LÍNEA QUE BRINDA ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA		
Asesoramiento gratuito de un enfermero diplomado. Visite carefirst.com/needcare para obtener más información sobre sus opciones de atención.	Cuando su médico no esté disponible, llame al 800-535-9700 para hablar con un enfermero diplomado acerca de sus preguntas de salud y opciones de tratamiento.	
DEDUCIBLE MÉDICO ANUAL (período de beneficio)⁴ (Dentro de la red y fuera de la red combinados)		
Gastos Médicos	\$600 Individual/\$1,200 Familiar	\$1,200 Individual/\$2,400 Familiar
MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DE BOLSILLO (período de beneficio)⁵ (Dentro de la red y fuera de la red combinados)		
Gastos Médicos	\$1,800 Individual/\$3,600 Familiar	\$3,600 Individual/\$7,200 Familiar
BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA		
Máximo de por vida	Ninguno	Ninguno
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Atención del niño sano (incluye exámenes y vacunas)	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Examen físico de adultos (incluye consultas ginecológicas de rutina)	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Prueba exploratoria de cáncer de mama	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Prueba de Papanicolaou	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Examen de detección de cáncer de próstata	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Examen de detección de cáncer colorrectal	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
VISITAS AL CONSULTORIO, PRUEBAS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS		
Visitas al consultorio por enfermedad	PCP: copago de \$30 Visita por video: sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
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])	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Laboratorio	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Radiografías	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Pruebas de alergia	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Vacunas contra la alergia	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Terapia del habla (limitada a 30 visitas/período de beneficios); terapia física y ocupacional (limitada a 60 visitas combinadas/período de beneficios)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios quiroprácticos (límite de 12 visitas por periodo de beneficios)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Acupuntura	Sin cobertura (excepto cuando el Plan lo apruebe o autorice, si se usa en lugar de anestesia).	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	\$30 por consulta	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Sala de emergencias—Servicios del centro	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible dentro de la red, luego 20 % del Beneficio Cubierto
Sala de emergencias—Servicios médicos	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible dentro de la red, luego 20 % del Beneficio Cubierto
Ambulancia (si es médicamente necesaria)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto

Servicios	Dentro de la red usted paga ^{1,2}	Fuera de la red usted paga ^{1,3}
HOSPITALIZACIÓN (Los afiliados son responsables del pago de las tarifas que corresponden a honorarios médicos y del centro de atención)		
Servicios en centros de Atención Ambulatoria	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para Pacientes Ambulatorios	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios en Centros de Hospitalización	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para Pacientes Internados	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
ALTERNATIVAS AL HOSPITAL		
Cuidado de la salud en el hogar (limitado a 100 visitas por período de beneficios)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Hospicio (límite de 185 días por afiliado)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Centro de enfermería especializado (límite de 100 días por periodo de beneficios)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
MATERNIDAD		
Visitas preventivas prenatales y posnatales al consultorio	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Parto y servicios del centro médico	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Atención del recién nacido en neonatología	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL (Los afiliados son responsables del pago de las tarifas que corresponden a honorarios médicos y del centro de atención)		
Servicios en Centros de Hospitalización	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para Pacientes Internados	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios en centros de Atención Ambulatoria	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para Pacientes Ambulatorios	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Visitas al consultorio	Sin cargo*	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS		
Equipo médico duradero	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Audífonos para personas de 0 a 18 años de edad (límite de un audífono por oído con problemas auditivos cada 3 años)	Sin cobertura	Sin cobertura

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 consulta. El afiliado pagará el copago/coseguro de su PCP y el 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 Dentro de la red: Cuando los servicios cubiertos son prestados por un proveedor de la red de proveedores preferidos, la atención se reembolsa al nivel dentro de la red. Los coseguros dentro de la red se basan en un porcentaje del Beneficio Cubierto. El beneficio cubierto es, por lo general, la tarifa contractual o la lista de honorarios que los Proveedores Preferidos han acordado aceptar como pago por los servicios cubiertos. CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst) establece estos pagos; sin embargo, en ciertas circunstancias, la ley puede establecer el Beneficio Cubierto para un Proveedor Preferido.
- 3 Fuera de la red: Cuando los servicios cubiertos son prestados por un proveedor que no está en la red de proveedores preferidos, la atención se reembolsa como fuera de la red. Los coseguros fuera de la red se basan en un porcentaje del Beneficio Cubierto. El Beneficio Cubierto generalmente son las tarifas contratadas o los programas de tarifas que los Proveedores Preferidos han acordado aceptar como pago de los servicios cubiertos. CareFirst establece estos pagos; sin embargo, en ciertas circunstancias, la ley puede establecer el Beneficio Cubierto para un proveedor fuera de la red. Cuando los Proveedores No Preferidos presten un servicio, los cargos que excedan el Beneficio Cubierto son responsabilidad del Afiliado.
- 4 Para cobertura familiar únicamente: Cuando un miembro de la familia alcanza el deducible individual, puede comenzar a recibir beneficios que de otro modo estarían sujetos al deducible. Ningún familiar puede aportar un monto superior al deducible individual. El deducible familiar debe alcanzarse antes de que los miembros restantes de la familia puedan comenzar a recibir beneficios que, de otro modo, estarían sujetos al deducible. (Dentro de la red y fuera de la red combinados)
- 5 Para cobertura familiar únicamente: Cuando un miembro de la familia alcanza el límite máximo individual 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 límite 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. El límite máximo de gastos de bolsillo incluye deducibles, copagos y coseguros. (Dentro de la red y fuera de la red combinados)

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.

Los beneficios descritos se emiten con los siguientes números de formulario: CFMI/51+/GC (R. 1/13); CFMI/51+/EOC (4/09); CFMI/DOL APPEAL (R. 9/11); CFMI/51+/DOCS (4/09); CFMI/51+/PPO SOB (4/09); CFMI/VISION RIDER (10/11); CFMI/51+/RX (R. 7/12); CFMI/51+/ELIG (R. 1/10) y cualquier modificación. MD/CF/GC (R. 1/13); MD/BP/EOC (10/07); MD/GHMSI/DOL APPEAL (R. 9/11); MD/BP/DOCS (10/07); MD/CF/BP/SOB (R. 4/08); MD/CF/ATTC (R. 7/09); MD/CF/RX (R. 7/12) y cualquier modificación.



CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido por CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc., las cuales son licenciatarias 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.

SPN4233-1P (CST3408) (9/21) • MD • 51-199, 200+ Opción 23 • Tenencias de alimentos naturales • Plan básico de NFH

Resumen de Beneficios del Programa de Farmacias

NFH—Plan Básico

Formulario 2 con el Formulario de especialidades de control avanzado ■ 5 niveles

Característica del plan	Monto que paga	Descripción												
Deducible	\$0	Su beneficio no tiene deducible.												
Máximo de gastos de bolsillo	\$4,800 Individual/\$9,600 Familiar	Si alcanza su gasto máximo de bolsillo, CareFirst pagará el 100 % del beneficio permitido aplicable para la mayoría de los servicios cubiertos durante el resto del año. Todos los deducibles, los copagos, el coseguro y otros gastos de bolsillo elegibles se computan hasta alcanzar el límite máximo de gastos de bolsillo, salvo los montos facturados sobre el saldo.												
Medicamentos preventivos (suministro de hasta 30 días)	\$0 (no sujeto al deducible)	Un medicamento preventivo es un medicamento o un artículo que figura en la Lista de medicamentos preventivos de CareFirst.*												
Medicamentos genéricos (Nivel 1) (suministro de hasta 31 días)	\$10	Los medicamentos genéricos están cubiertos en este nivel de copago.												
Medicamentos de marca preferida (Nivel 2) (suministro de hasta 31 días)	\$30	Todos los medicamentos de marca preferida están cubiertos en este nivel de copago.												
Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3) (suministro de hasta 31 días)	\$60	Todos los medicamentos de marca no preferidos en este nivel de copago no están en la Lista de medicamentos preferidos.* Analice el uso de alternativas con su médico o farmacéutico.												
Medicamentos genéricos de especialidad (suministro de hasta 31 días)	\$10	Se debe surtir a través de la Red exclusiva de farmacias especializadas.												
Medicamentos especiales preferidos (Nivel 4) (suministro de hasta 31 días)	\$30	Se debe surtir a través de la Red exclusiva de farmacias especializadas.												
Medicamentos especiales no preferidos (Nivel 5) (suministro de hasta 31 días)	\$60	Todos los medicamentos de marca no preferidos en este nivel de copago no están en la Lista de medicamentos especializados preferidos.* Analice el uso de alternativas con su médico o farmacéutico.												
Programa de copago de Prudent Rx (se requiere inscripción)	<p>\$0 con el programa de copago de PrudentRx Como parte de su plan de medicamentos recetados, el programa de copago de PrudentRx le permite obtener todos sus medicamentos especializados sin costo alguno para usted. Eso significa \$0 de su bolsillo para cualquier medicamento en su Lista de medicamentos especializados cuando los surta en una farmacia especializada exclusiva de CVS. PrudentRx trabajará con los fabricantes para obtener asistencia con la tarjeta de copago¹ y administrará la inscripción y las renovaciones en su nombre. Incluso si no hay un programa de tarjeta de copago para su medicamento, su costo será de \$0 mientras esté inscrito en el programa. La siguiente tabla es un ejemplo de cómo funciona el programa.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gasto de bolsillo si está inscrito en el programa</th> <th>Gasto de bolsillo si no está inscrito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Costo del medicamento: \$1,000 por un suministro de 30 días</td> <td>Costo del medicamento: \$1,000 por un suministro de 30 días</td> </tr> <tr> <td>Copago² responsabilidad (30%): \$300</td> <td>Responsabilidad de copago (30%)² : \$300</td> </tr> <tr> <td>Su gasto de bolsillo: \$0</td> <td>Su gasto de bolsillo: \$300</td> </tr> <tr> <td>Monto aplicado al deducible: \$0³</td> <td>Monto aplicado al deducible: \$300³</td> </tr> <tr> <td>Monto aplicado al gasto máximo de bolsillo: \$0</td> <td>Monto aplicado al gasto máximo de bolsillo: \$300**</td> </tr> </tbody> </table> <p>Todos los medicamentos especializados cubiertos por el programa de asistencia con copagos del fabricante de PrudentRx están sujetos a un coseguro del 30 % si no participa en el programa.</p>		Gasto de bolsillo si está inscrito en el programa	Gasto de bolsillo si no está inscrito	Costo del medicamento: \$1,000 por un suministro de 30 días	Costo del medicamento: \$1,000 por un suministro de 30 días	Copago² responsabilidad (30%): \$300	Responsabilidad de copago (30%)² : \$300	Su gasto de bolsillo: \$0	Su gasto de bolsillo: \$300	Monto aplicado al deducible: \$0 ³	Monto aplicado al deducible: \$300 ³	Monto aplicado al gasto máximo de bolsillo: \$0	Monto aplicado al gasto máximo de bolsillo: \$300**
Gasto de bolsillo si está inscrito en el programa	Gasto de bolsillo si no está inscrito													
Costo del medicamento: \$1,000 por un suministro de 30 días	Costo del medicamento: \$1,000 por un suministro de 30 días													
Copago² responsabilidad (30%): \$300	Responsabilidad de copago (30%)² : \$300													
Su gasto de bolsillo: \$0	Su gasto de bolsillo: \$300													
Monto aplicado al deducible: \$0 ³	Monto aplicado al deducible: \$300 ³													
Monto aplicado al gasto máximo de bolsillo: \$0	Monto aplicado al gasto máximo de bolsillo: \$300**													

****Tenga en cuenta:** El ejemplo asume que el medicamento es un "beneficio de salud esencial" que permite que su costo de desembolso se aplique a su desembolso máximo. Muchos medicamentos especializados se consideran "beneficios de salud no esenciales". Para los medicamentos que no son beneficios de salud esenciales⁴, las cantidades pagadas por usted, un fabricante o un patrocinador del plan no se aplicarán a su desembolso máximo.⁵


¹ La elegibilidad para el programa de asistencia de copago de terceros depende de los términos y condiciones aplicables requeridos por ese programa en particular y están sujetos a cambios. Los programas de asistencia para copagos no se pueden usar con ningún plan pagador del gobierno.

² Copago, copago o coseguro significa la cantidad que un miembro del plan debe pagar por una receta de acuerdo con un Plan, que puede ser un porcentaje del precio de la receta, una cantidad fija u otro cargo, con el saldo, si lo hubiere, pagado por un plan.

³ Solo se aplican al deducible las cantidades pagadas por el afiliado. Los montos pagados por los fabricantes u otros no se aplican al deducible.

⁴ Un Plan autofinanciado puede definir los artículos y servicios que califican como "beneficios de salud esenciales" haciendo referencia a cualquier definición autorizada por los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, incluido cualquier plan de referencia estatal disponible. Hay un proceso de excepción para decidir si un medicamento que no es un "beneficio de salud esencial" es médicamente necesario para un miembro del plan en particular.

⁵ El desembolso máximo es el monto total que debe pagar en un año del plan por ciertos servicios cubiertos llamados "beneficios de salud esenciales". Una vez que se alcanza el límite de gastos de bolsillo especificado, su plan de salud pagará el 100 por ciento del costo de estos servicios cubiertos. Hay más información disponible sobre el límite de gastos de bolsillo en los materiales de beneficios de su plan.

Característica del plan	Monto que paga	Descripción
Medicamentos de mantenimiento (suministro de hasta 93 días)	Copagos minoristas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Genérico: \$10 ■ De marca preferida: \$30 ■ De marca no preferida: \$60 Copagos de pedido por correo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Genérico: \$20 ■ De marca preferida: \$60 ■ De marca no preferida: \$120 	Medicamentos de mantenimiento no especializados (niveles 1, 2 y 3): Hay disponible un suministro de hasta 93 días para dos copagos mensuales a través de la farmacia de servicio por correo de la red, una farmacia minorista de CVS o una farmacia minorista de Walgreens.
Sustituto genérico obligatorio	Si un proveedor receta un medicamento de marca no preferida cuando uno genérico está disponible, usted pagará el copago o el coseguro del medicamento de marca no preferida MÁS la diferencia en costo que existe entre el medicamento de marca y el medicamento genérico hasta llegar al costo de la receta. Si no hay una versión genérica disponible, pagará únicamente el copago o el coseguro.	
 <p><i>Visite carefirst.com/rx para obtener las listas más actualizadas de medicamentos, incluso las pautas sobre recetas. Las indicaciones para recetas especifican los medicamentos que requieren que su médico obtenga una autorización previa de CareFirst antes de que estos puedan adquirirse, y los medicamentos que pueden adquirirse en cantidades limitadas.</i></p>		

Este resumen del plan es solo para fines comparativos y no crea derechos no crea derechos que no otorgue el plan de beneficios.

Números de Formularios de Póliza: MD/CFBC/RX (R. 1/18) • CFMI/RX (R. 1/18) • CFMI/Matrix/PRES DRUG (R. 1/18) • MD/CF/RX (R. 1/18)



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. y CareFirst Advantage DSNP, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan Maryland es el nombre comercial de CareFirst Community Partners, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia es el nombre comercial de Trusted Health Plan (District of Columbia), 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 DSNP, Inc., CareFirst Community Partners, Inc., Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc., 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.