

# MEC ESSENTIALS<sup>7.0</sup>

## Programa de Beneficios & Diseño del Plan

### Información Deducible de Servicios Médicos

| Deducible  | Servicios con Proveedor en la Red | Servicios Proveedor Fuera de la Red |
|------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Individual | \$7,000                           | No cubierto                         |
| Familiar   | \$14,000                          | No cubierto                         |

### Información Gastos Directos del Bolsillo

| Gastos Máximos del Bolsillo | Servicios con Proveedor en la Red | Servicios Proveedor Fuera de la Red |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Medico Individual           | \$7,350                           | No cubierto                         |
| Medico Familiar             | \$14,700                          | No cubierto                         |

## Programa de Beneficios

La siguiente tabla enumera los servicios médicos cubiertos bajo este Plan, el intervalo permitido y los requisitos aplicables. Tenga en cuenta algunos requisitos están definidos en el propio beneficio, como por ejemplo examen colesterol: hombres de 35 años o más. Solo hombres con 35 años o más tendrán acceso al beneficio. Este plan no utiliza una red para ninguna instalación. Todos los servicios que se realizan en un facilidad o instalación médica (por ejemplo, un hospital en lugar de un consultorio médico de atención primaria) serán reembolsados según los precios de referencia basados en las tasas de reembolso de Medicare.

| Servicio Médico   | Lo que usted paga   |   | Limitaciones & Excepciones                                   |
|---|---|---|--|
|   | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)                | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo) |  |
| Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$150 copago doctor nuevo;<br>\$50 copago doctor existente  | No cubierto                                 | No cubierto si se provee en hospital. No sujeto a deducible. |
| Visita al especialista  | \$200 copago doctor nuevo;<br>\$100 copago doctor existente | No cubierto                                 | No cubierto si se provee en hospital. No sujeto a deducible. |

|  |   |             |   |
|--|---|-------------|---|
| Servicios preventivos y de bienestar   | \$0   | No cubierto | El Plan paga el 100% de los servicios preventivos y de bienestar cubiertos. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Vea Listado de Servicios Preventivos abajo. No sujetos al deducible.   |
| Consultas a Telemedicine   | \$0   | No cubierto | No sujeto a deducible.  |
| Cuidado de urgencia  | \$150 copago participante   | No cubierto | Sujeto al deducible.  |
| Laboratorios ambulatorios  | \$50 copago participante por panel examinado  | No cubierto | No cubiertos si servicios fueron recibidos en hospital. No sujetos al deducible.  |
| Rayos-X ambulatorios y Pruebas diagnósticas  | \$75 copago participante por imagen facturada   | No cubierto | No cubiertos si servicios fueron recibidos en hospital. No sujetos al deducible.  |
| Estudios de imágenes ambulatorios (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)  | \$500 copago participante por imagen facturada  | No cubierto | No cubiertos si servicios fueron recibidos en hospital. No sujetos al deducible.  |
| Atención en la sala de emergencias   | \$400 copago participante más deducible (si se cumple con deducible 50% coseguro participante)              |             | Limitado a 1 visita por año del plan. Atención en la sala de emergencias por más de 24 horas se considera hospitalización. Cuidado intensivo neonatal (NICU) y el uso de salas de emergencias para atención no-emergencias no están cubiertos. Sujetos al deducible antes del coseguro.           |
| Servicios de hospitalización [Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)] incluyendo servicios de salud mental y abuso sustancias | \$500 copago participante por admisión más deducible (si se cumple con deducible 50% coseguro participante) |             | Límite combinado de 8 días por año del plan para todos los servicios de hospitalización. Cobertura limitada a cargos de instalaciones. Servicios relacionados a embarazo y parto no están cubiertos. Cuidado intensivo neonatal (NICU) no está cubierto. Sujetos al deducible antes del coseguro. |

|                        |  |             |  |
|------------------------|--|-------------|--|
| Medicamentos genéricos | \$20 copago participante/receta (detal) \$60 copago participante/receta (correo) | No cubierto | Cubre hasta un suministro de 30 días (al detal); suministro de 31-90 días (receta por correo). Sujeto al formulario. Medicamentos de marcas preferidas y medicamentos especializados no están cubiertos. No sujetos a deducible. |
|------------------------|--|-------------|--|

## Servicios Preventivos de Salud: Limitaciones, Intervalos y Requisitos

| Servicios Médicos Preventivos                                    |                   |  |
|--|-------------------|--|
| Beneficio  | Intervalo         | Descripción  |
| Evaluación de aneurisma abdominal aórtico                        | 1 por vida        | Por sonografía en <b>hombres</b> de 65-75 años que hayan fumado  |
| Evaluación y consejería sobre el abuso del alcohol               | 1                 | Intervenciones de consejería conductual para <b>adultos</b> mayores de 18 años con consumo riesgoso o peligroso de alcohol   |
| Aspirina: medicamento preventivo                                 | Según prescrito   | <b>Adultos</b> de 50 a 59 años con un riesgo cardiovascular de 10% o más, no están en alto riesgo de sangrado, con una expectativa de vida de por lo menos 10 años y dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos 10 años |
|  |                   | <b>Mujeres embarazadas</b> en alto riesgo de sufrir preeclamsia  |
| Examen para la detección de infecciones urinarias                | 1                 | <b>Mujeres embarazadas</b> con 12-16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, lo que ocurra después.  |
| Control de la presión arterial                                   | 1                 | <b>Adultos</b> de 18 años o más  |
| Asesoría sobre la evaluación genética del cáncer de mamas (BRCA) | 1                 | <b>Mujeres</b> en alto riesgo. Mujeres cuyas pruebas de detección arrojen resultados positivos deben recibir consejería genética y pruebas de BRCA si así se indica luego de la asesoría.  |
| Medicamentos para prevenir cáncer de mama                        | 1                 | <b>Mujeres</b> en alto riesgo de sufrir cáncer de mama y bajo riesgo de sufrir efectos adversos por los medicamentos   |
| Detección cáncer de mamas  | 1 vez cada 2 años | Mamografía en <b>mujeres</b> entre 50 a 74 años. Cobertura limitada a mamografías 2D solamente.  |

|  |                   |  |
|--|-------------------|--|
| Apoyo y consejería sobre lactancia   | 2                 | Consejería durante el <b>embarazo</b> y después del parto para apoyar lactancia.   |
| Examen de cáncer cervical: con citología (Papanicolaou)                    | 1 vez cada 3 años | <b>Mujeres</b> de 21-65 años   |
| Examen de cáncer cervical: con citología y virus del papiloma humano (HPV) | 1 vez cada 5 años | <b>Mujeres</b> de 30-65 años que quieren alargar el intervalo de la prueba de detección  |
| Examen de clamidia   | 1                 | <b>Mujeres</b> de 24 años sexualmente activas y mujeres menores y mayores con alto riesgo de infección   |
| Evaluación de cáncer colorrectal   | 1 vez cada 5 años | Comenzando en <b>adultos</b> de 50 hasta cumplidos los 75 años   |
| Métodos anticonceptivos y asesoría   | Según prescritos  | Métodos anticonceptivos, esterilización, educación y asesoría aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) para las <b>mujeres en edad de concebir</b> (no incluye los productos para abortar).  |
| Prevención de caries   | 1                 | <b>Infantes y niños</b> hasta los 5 años. Aplicación de fluoruro a los dientes primarios comenzando con la erupción de los dientes primarios y recetar suplementos orales de fluoruro para los niños cuyo suministro de agua es deficiente fluoruro a partir de los 6 meses de edad. |
| Diagnóstico de depresión   | 1                 | <b>Adolescentes</b> de 12-18 años  |
|  |                   | Evaluación en <b>adultos</b> incluyendo mujeres embarazadas y aquellas que recién han dado a luz   |
| Examen de diabetes   | 1                 | <b>Adultos</b> de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Clínicas deben ofrecer o referir pacientes con niveles anormales de glucosa en la sangre, consejería intensiva para promover dieta saludable y actividad física.  |
| Prevención de caídas: ejercicio o terapia física                           | 1                 | <b>Adultos</b> de 65 años o más que están en alto riesgo de caídas   |
| Prevención de caídas: vitamina D   | Según prescrito   | <b>Adultos</b> de 65 años o más que están en alto riesgo de caídas   |
| Examen de diabetes gestacional   | 1                 | <b>Mujeres embarazadas</b> después de las 24 semanas de gestación.   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Medicamentos preventivos para la gonorrea   | 1 | <b>Recién nacidos</b>   |
| Detección de gonorrea   | 1 | <b>Mujeres</b> activas sexualmente con 24 años o menos y mujeres mayores de 24 años en alto riesgo  |
| Consejería sobre dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares | 1 | <b>Adultos</b> con sobrepeso u obesidad que tienen riesgos adicionales de sufrir enfermedades cardiovasculares  |
| Pruebas de audición   | 1 | <b>Recién nacidos</b>   |
| Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina   | 1 | <b>Recién nacidos</b>   |
| Detección de hepatitis B  | 1 | <b>Adolescentes y adultos</b> en alto riesgo de infección   |
|   |   | <b>Mujeres embarazadas</b> en su primera visita prenatal  |
| Detección de hepatitis C  | 1 | <b>Adolescentes y adultos</b> en alto riesgo de infección   |
|   |   | <b>Adultos</b> nacidos entre el 1945 y 1965   |
| Prueba de detección de VIH  | 1 | <b>Adolescentes y adultos</b> de 15 a 65 años. Adolescentes menores y adultos mayores en alto riesgo deben ser evaluados.   |
|   |   | <b>Mujeres embarazadas</b> incluyendo aquellas que al momento del parto no han sido evaluadas y aquellas cuyo resultado es desconocido  |
| Prueba de detección de hipotiroidismo   | 1 | <b>Recién nacidos</b>   |
| Evaluación y asesoría sobre violencia interpersonal y doméstica                                 | 1 | <b>Mujeres</b> en edad fértil   |
| Detección de cáncer de pulmón   | 1 | <b>Adultos</b> de 55 a 80 años con historial de fumar 30 paquetes anuales y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. Evaluación debe discontinuarse cuando la persona no haya fumado por 15 años o desarrolle un problema de salud que limite su expectativa de vida sustancialmente o su capacidad de someterse a una cirugía del pulmón. |
| Evaluación y consejería sobre obesidad  | 1 | <b>Niños y adolescentes</b> mayores de 6 años.  |
|   |   | <b>Adultos.</b> Clínicas deben ofrecer o referir pacientes con índice de masa corporal de 30kg/m <sup>2</sup> o más, a consejería intensiva.  |

|   |                   |  |
|---|-------------------|--|
| Examen de osteoporosis  | 1                 | <b>Mujeres</b> de 65 años o más y en mujeres menores cuyo riesgo de fractura es igual o mayor al de una mujer blanca de 65 años que no tiene factores de riesgos adicionales |
| Prueba de detección de fenilcetonuria (FCU)                   | 1                 | <b>Recién nacidos</b>  |
| Incompatibilidad Rh: primera visita prenatal                  | 1                 | <b>Mujeres embarazadas</b> durante primera visita para cuidado embarazo  |
| Incompatibilidad Rh: 24–28 semanas de gestación               | 1                 | <b>Mujeres embarazadas</b> de 24-28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh (D)-negativo   |
| Prevención y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual | 1                 | <b>Adolescentes</b> sexualmente activos y <b>adultos</b> en alto riesgo  |
| Consejería conductual sobre cáncer de la piel                 | 1                 | <b>Niños, adolescentes y jóvenes adultos</b> entre 10-24 años que tienen piel clara  |
| Medicamentos preventivos contra las estatinas                 | Según prescrito   | <b>Adultos</b> entre 40-75 años sin historial de enfermedades cardiovasculares (CVD)   |
| Evaluación sobre el sobre uso del tabaco                      | 1                 | Evaluar a todos los <b>adultos</b> . Proveer intervenciones para dejar de fumar y farmacoterapia aprobada por la FDA a adultos que fuman.                                    |
|   |                   | Evaluar a todas las <b>mujeres embarazadas</b> . Proveer intervenciones a aquellas que fuman.  |
|   |                   | Intervención, incluyendo educación y consejería para prevenir uso inicial del tabaco a <b>niños y adolescentes</b>   |
| Detección tuberculosis  | 1                 | <b>Adultos</b> en alto riesgo  |
| Examen de sífilis   | 1                 | <b>Adultos y adolescentes</b> en alto riesgo de infección  |
|   |                   | <b>Mujeres embarazadas</b>   |
| Control de la visión  | 1 vez cada 2 años | <b>Niños</b> de 3-5 años   |
| Visitas para bienestar de la mujer                            | 1                 | En <b>mujeres</b> adultas para obtener servicios preventivos según su edad y desarrollo, incluyendo servicios pre natales.   |
| <b>Vacunas</b>  |                   |  |
| <b>Vacuna</b>   | <b>Requisitos</b> |  |
| HepB-1  | Recién Nacidos    |  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| HepB-2              | De 4 semanas a 2 meses                   |
| HepB-3              | De 24 semanas a 18 meses                 |
| DTaP-1              | De 6 semanas a 2 meses                   |
| DTaP-2              | De 10 semanas a 4 meses                  |
| DTaP-3              | De 14 semanas a 6 meses                  |
| DTap-4              | De 12 a 18 meses                         |
| DTaP-5              | De 4 a 6 años                            |
| Hib-1               | De 6 semanas a 2 meses                   |
| Hib-2               | De 10 semanas a 4 meses                  |
| Hib-3               | De 14 semanas a 6 meses                  |
| Hib-4               | De 12 a 15 meses                         |
| IPV-1               | De 6 semanas a 2 meses                   |
| IPV-2               | De 10 semanas a 4 meses                  |
| IPV-3               | De 14 semanas a 18 meses                 |
| IPV-4               | De 4 a 6 años                            |
| PCV-1               | De 6 semanas a 2 meses                   |
| PCV-2               | De 10 semanas a 4 meses                  |
| PCV-3               | De 14 semanas a 6 meses                  |
| PCV-4               | De 12 a 15 meses                         |
| MMR-1               | De 12 a 15 meses                         |
| MMR-2               | De 13 meses a 6 años                     |
| Vericella-1         | De 12 a 15 meses                         |
| Vericella-2         | De 15 meses a 6 años                     |
| HepA-1              | De 12 a 23 meses                         |
| HepA-2              | De 18 meses o más                        |
| Influenza, inactiva | De 6 meses o más                         |
| LAIV (intra nasal)  | De 2 a 49 años                           |
| MCV4-1              | De 2 a 49 años                           |
| MCV4-2              | De 11 años, 8 semanas a 16               |
| MPSV4-1             | De 2 años o más                          |
| MPSV4-2             | De 7 años o más                          |
| Td                  | De 7 a 12 años                           |
| Tdap                | De 7 años o más                          |
| PPSV-1              | De 7 años o más                          |
| PPSV-2              | De 7 años o más                          |
| HPV-1               | De 9 a 12 años                           |
| HPV-2               | De 9 años, 4 semanas a 12 años, 2 meses  |
| HPV-3               | De 9 años, 24 semanas a 12 años, 6 meses |

|               |                         |
|---------------|-------------------------|
| Rotavirus-1   | De 6 semanas a 2 meses  |
| Rotavirus-2   | De 10 semanas a 4 meses |
| Rotavirus-3   | De 14 semanas a 6 meses |
| Herpes Zoster | De 14 semanas a 6 meses |

## Exclusiones

Las siguientes exclusiones pueden aplicar a los beneficios ofrecidos bajo este plan:

1. Visitas a las oficinas, exámenes físicos, vacunas, y pruebas cuando sea necesario para lo siguiente:
  - a. Deportes,
  - b. Campamento,
  - c. Empleo,
  - d. Viajes,
  - e. Seguro,
  - f. Matrimonio,
  - g. Procedimientos legales
  
2. Rutina para el cuidado de los pies para el tratamiento de lo siguiente:
  - a. Pie plano,
  - b. Granos,
  - c. Juanetes,
  - d. Callos,
  - e. Uña de los pies,
  - f. Arcos caídos,
  - g. Pies débiles, o
  - h. Tensión crónica del pie
  
3. Servicios de rehabilitación
  
4. Procedimientos dentales
  
5. Cualquier otro servicio, tratamiento o procedimiento no cubierto bajo este plan
  
6. Cualquier otro gasto, cuenta, cargo u obligación monetaria no cubiertos por este Plan, incluyendo, pero no limitado a, todos los gastos de servicios no médicos, facturas, cargos y obligaciones monetarias. A menos que el servicio médico se proporcione explícitamente en el Apéndice A o de lo contrario explícitamente proporcionado en este Resumen Descriptivo del Plan, este Plan no cubre el servicio médico o cualquier gasto relacionado, factura, cargo u obligación monetaria al servicio médico
  
7. Reclamaciones no relacionadas con el tratamiento de cuidado médico o tratamiento
  
8. Cirugía estética a menos que sea autorizado según sea medicamento necesario. Dicha autorización se basa en las siguientes causas para cirugía estética: lesión accidental, corrección de la deformidad congénita



dentro de los 6 años de nacimiento o como un tratamiento de una condición de enfermedad

9. Cualquier tratamiento con respecto al tratamiento de los dientes o periodoncia, cualquier tratamiento de periodoncia o enfermedad periapical que envuelve los dientes que rodean el tejido o estructura. Las excepciones de esta exclusión solo incluyen los tumores malignos o beneficios señalados específicamente en el programa de beneficios del Documento del Plan
10. Cualquier reclamación relacionada con una lesión que surja de o en el curso de cualquier empleo por salario o ganancia
11. Reclamaciones que de otro modo estarían cubiertas por una póliza de compensación de trabajadores para los cuales un participante tiene derecho a beneficiarse
12. Cualquier reclamación derivada de servicio recibido fuera de los Estados Unidos, excepto por el costo razonable de reclamaciones facturadas por la Administración de Veteranos o el Departamento de Defensa para los beneficios cubiertos por este plan y que no incurra durante o del servicio en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos
13. Reclamaciones en los que un participante no está legalmente obligado a pagar o créditos que no se habrían hecho si no hubiera existido este plan
14. Reclamaciones por servicios que no sean medicamente necesarios según lo determinado por este Plan o el exceso de cualquier reclamo por encima de las tarifas razonables y habituales, cuando se ha puesto en contacto una red PPO
15. Cargos que son o pueden ser reembolsados por cualquier programa de salud pública desconsiderando si dicha cobertura ha sido elegida por un participante
16. Reclamaciones por el uso de medicamentos ilegales
17. Reclamaciones debidas a un acto de guerra, declarada o no, sin incluir los actos de terrorismo
18. Reclamaciones de anteojos, lentes de contacto, audífonos (o exámenes para el ajuste de los mismos) o queratotomía radial
19. Abortos voluntarios, electivos, excepto en caso de violación, incesto o deformidades congénitas del feto determinadas mediante pruebas prenatales, o cuando la vida de la madre se ve amenazada si el feto se lleva a término
20. Viajes, a menos que se provea específicamente en el programa de beneficios
21. Cuidado de custodia de personas principalmente sin necesidades médicas proporcionadas por personas sin formación médica especial o habilidad
22. Reclamaciones de cualquier proveedor que no sea un profesional de la salud como se define en el Documento del Plan que se permita explícitamente en el programa de beneficios
23. Tratamiento investigativo o experimental, servicios y suministros a menos cubierto específicamente bajo Pruebas Clínicas Aprobadas
24. Servicios o suministros que son principalmente educativos
25. Reclamaciones por intento de suicidio o lesiones autoinflingidas si está en su juicio cabal, a menos que la reclamación resulte de una condición médica como la depresión
26. Reclamaciones como resultado de, o que surgen debido a la tentativa o comisión de un acto

ilegal. Las reclamaciones de las víctimas de violencia doméstica no estarán sujetas a esta exclusión

27. Reclamaciones con respecto a cualquier tratamiento o procedimiento para cambiar la propia anatomía física de las personas del sexo opuesto y cualquier otro tratamiento o estudio relacionado con el cambio de sexo
28. Reclamaciones de un proveedor de servicios médicos que tiene relación sanguínea, matrimonio o adopción legal de un participante
29. Cualquier reclamación para tratamiento de fertilidad o infertilidad
30. Reclamaciones por el control de peso, reducción de peso, o el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida u obesidad, a menos que se proporcione explícitamente en el programa de beneficios
31. Reclamaciones para o como resultado de incapacidad de la revisión de la esterilización
32. Reclamaciones por consultas telefónicas, completar formularios o el incumplimiento de las citas programadas
33. Terapia recreativa y diversional
34. Higiene personal o artículos de conveniencia, incluyendo, pero no limitado a aire acondicionado, humidificadores, jacuzzis, bañeras de hidromasaje, o equipo de ejercicio independientemente de las recomendaciones o recetas de un proveedor de servicios médicos
35. Reclamaciones debido a la participación en una actividad religiosa, incluyendo, pero no limitado a paracaidismo, motocicleta o carreras de automóviles, “bungee jumping”, escalada de roca, “rappelling” o ala delta
36. Reclamaciones que surgen principalmente debido al turismo médico
37. Podiatría
38. Dispositivo de apoyo de los pies
39. Tratamiento para la disfunción sexual
40. Terapia acuática o masaje
41. Reclamaciones derivadas mientras este legalmente intoxicado bajo la influencia de drogas ilegales, independientemente de si surgió de una infracción penal, a menos que dicha reclamación se originó debido a una adicción a las drogas
42. Entrenamiento de biorretroalimentación
43. Servicios de ambulancia
44. Facilidades de enfermería especializada
45. Equipo médico duradero y prótesis
46. Cuidado médico domiciliario o cuidado de hospicio
47. Facilidad Residencial – por los cargos de un centro de rehabilitación o en el hogar, o cualquier institución licenciada en el cuidado de la salud con el propósito principal de tratar una enfermedad o lesión

48. Reclamaciones por el síndrome de la articulación temporomandibular
49. Reclamaciones por biotecnología o recetas especializadas
50. Cualquier reclamo que no está explícitamente cubierto en el programa de beneficios
51. Pruebas genéticas a menos que esta explícitamente cubierta en el programa de beneficios
52. Servicios ambulatorios de hospital a menos que este explícitamente cubierto en el programa de beneficios
53. Servicios para pacientes hospitalizados a menos que este explícitamente cubierto en el programa de beneficios
54. Trasplante de órganos
55. Visita a la sala de emergencia en exceso de 24 horas
56. Reclamaciones por o relacionadas con la cirugía de reconstrucción mastectomía para producir una apariencia simétrica o prótesis o complicaciones físicas que resultan de tales procedimientos
57. Cuidado Quiropráctico
58. Radiación y Quimioterapia
59. Diálisis
60. Acupuntura
61. Medicina Alternativa/Homeopatía
62. Dental y Visión para niños
63. Cuidado intensivo neonatal (NICU)