

Programa de beneficios

Complete HMO 1000 25/50 ER200 with Care ComplementSM

Para empleadores de grupos grandes



Este plan de salud cumple con los estándares de cobertura mínima acreditable y cumplirá con el mandato individual que dicta que usted debe tener seguro médico. Consulte la última página para obtener información adicional.

Programa de beneficios

Este Programa de beneficios es una descripción general de su cobertura como miembro de Mass General Brigham Health Plan. Si desea obtener más información sobre sus beneficios, inicie sesión en Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org para ver los documentos de su plan y obtener información personalizada acerca de su plan, o llame al Departamento de Servicio al Cliente al 866-414-5533 (TTY 711).

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios y es posible que algunos requieran autorización previa. Consulte con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o con el proveedor que le trata para determinar si se requiere autorización previa. Su Manual para miembros puede incluir cobertura o exclusiones adicionales que no se encuentran en el Programa de beneficios.

DEDUCIBLE Y MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO

Deducible por período de beneficios	Salud médica/conductual (combinadas): \$1,000 por individuo/\$2,000 por familia
Máximo de gastos de bolsillo por período de beneficios	Salud médica/conductual (combinadas): \$3,000 por individuo/\$6,000 por familia

El deducible, el coseguro y los copagos de la salud médica y conductual se aplican al máximo de gastos de bolsillo anual. Este Programa de beneficios y el Manual para miembros de Mass General Brigham Health Plan constituyen la Evidencia de cobertura para los miembros cubiertos por este plan de salud.

ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

<i>Servicios preventivos</i>	
Exámenes físicos anuales ¹	Sin costos compartidos para el miembro
Exámenes ginecológicos anuales ¹	Sin costos compartidos para el miembro
Servicios de planificación familiar	Sin costos compartidos para el miembro
Inmunizaciones y vacunas	Sin costos compartidos para el miembro
Análisis de laboratorio preventivos	Sin costos compartidos para el miembro
Colonoscopia de detección	Sin costos compartidos para el miembro
Mamografía de detección	Sin costos compartidos para el miembro
Visitas del niño sano	Sin costos compartidos para el miembro

¹ Los servicios para condiciones médicas específicas durante un examen anual pueden estar sujetos a costos compartidos.

Otras visitas al consultorio de atención primaria y especializada

Visitas al consultorio para otra atención primaria	Copago de \$25 por visita (se exime para miembros de hasta 18 años para las primeras 3 visitas)
Telemedicina (visitas virtuales): PCP	Copago de \$25 por visita
Telemedicina (visitas virtuales): a petición	Copago de \$25 por visita
Visitas al consultorio para otra atención especializada	Copago de \$50 por visita
Telemedicina (visitas virtuales): especialista	Copago de \$50 por visita
Acupuntura (cubre hasta 20 visitas por período de beneficios)	Visitas 1 a 6: Sin costos compartidos para el miembro Visitas 7 a 20: copago de \$50 por visita
Vacunas antialérgicas	Sin costos compartidos para el miembro
Servicio de rehabilitación cardíaca	Sin costos compartidos para el miembro
Atención quiropráctica	Visitas 1 a 6: Sin costos compartidos para el miembro Visita 7 y posteriores: copago de \$25 por visita
Examen de la vista de rutina (una visita por miembro cada 12 meses)	Copago de \$25 por visita (se exime para miembros con diagnóstico de diabetes)
Atención de rutina de los pies (cubierta para diabetes y algunas enfermedades vasculares)	Copago de \$50 por visita
Exámenes de audición	Copago de \$50 por visita
Servicios para tratamiento de la infertilidad	Copago de \$50 por visita
Fisioterapia/terapia ocupacional (cubre hasta 100 visitas combinadas de fisioterapia/terapia ocupacional por período de beneficios)	Visitas 1 a 6: Sin costos compartidos para el miembro Visitas 7 a 100: copago de \$25 por visita
Terapia del lenguaje	Copago de \$25 por visita
Atención prenatal y posnatal de rutina	Sin costos compartidos para el miembro

Otros servicios para pacientes ambulatorios

Exámenes de diagnóstico, por imágenes y radiografías	Sin cargo después del deducible
Laboratorio	Sin cargo después del deducible
Radiología de alta tecnología (imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear cardíaca)	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria: tarifa del centro	Sin cargo después del deducible
Cirugía ambulatoria: tarifa de profesionales	Sin cargo después del deducible

ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Servicios médicos para pacientes hospitalizados (que incluyen maternidad): tarifa del centro	Sin cargo después del deducible
Servicios médicos para pacientes hospitalizados: tarifa de profesionales	Sin cargo después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada: tarifa del centro (cubre hasta 100 días por período de beneficios)	Sin cargo después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada: tarifa de profesionales	Sin cargo después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados en un centro de rehabilitación: tarifa del centro (cubre hasta 60 días por período de beneficios)	Sin cargo después del deducible
Atención para pacientes hospitalizados en un centro de rehabilitación: tarifa de profesionales	Sin cargo después del deducible
Atención del recién nacido y cuidados neonatales de rutina	Sin costos compartidos para el miembro

SALUD CONDUCTUAL: PACIENTES AMBULATORIOS

Atención de salud mental o por abuso de sustancias	Copago de \$25 por visita (se exime para miembros de hasta 18 años para las primeras 3 visitas)
Telemedicina (visitas virtuales): atención de salud mental o por abuso de sustancias	Copago de \$25 por visita

SALUD CONDUCTUAL: PACIENTES HOSPITALIZADOS

Atención de salud mental: tarifa del centro	Sin cargo después del deducible
Atención de salud mental: tarifa de profesionales	Sin cargo después del deducible
Desintoxicación o rehabilitación por abuso de sustancias: tarifa del centro	Sin cargo después del deducible
Desintoxicación o rehabilitación por abuso de sustancias: tarifa de profesionales	Sin cargo después del deducible

ATENCIÓN DE URGENCIA

Atención de una enfermedad, lesión o condición médica lo suficientemente grave como para que una persona busque atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en una sala de emergencias.

Atención de urgencia	Copago de \$50 por visita
----------------------	---------------------------

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Si necesita atención médica de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Usted o un familiar deben notificar a su PCP en un plazo de 48 horas después de una visita de emergencia.

Atención que reciba en una sala de emergencias, dentro o fuera del área de servicio de Mass General Brigham Health Plan	Copago de \$200 por visita (se exime si le hospitalizan para brindarle atención como paciente hospitalizado)
Servicios de ambulancia (solo transporte de emergencia)	Sin cargo después del deducible
Atención dental de emergencia (en el plazo de las 72 horas de ocurrido el accidente o la lesión)	Copago de \$200 por visita (se exime si le hospitalizan para brindarle atención como paciente hospitalizado)

SERVICIOS ADICIONALES

Suministros para diabéticos	Sin costos compartidos para el miembro
Suministros médicos descartables	Sin cargo después del deducible
Equipo médico duradero	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20 %
Servicios de intervención temprana (para niños de hasta tres años)	Sin costos compartidos para el miembro
Reembolso del programa de gimnasio	Hasta \$150 por individuo, \$300 por familia por año calendario (consulte MassGeneralBrighamHealthPlan.org para conocer los requisitos)
Audífonos (para personas de 21 años y menores) (cubre hasta \$2,000 por cada oído afectado cada 36 meses)	Sin costos compartidos para el miembro
Atención médica en el hogar	Sin costos compartidos para el miembro
Atención en centros de cuidados paliativos	Sin costos compartidos para el miembro
Terapia y suministros de oxígeno	Sin costos compartidos para el miembro
Beneficio de programas para bajar de peso	Cobertura para hasta seis meses de cuotas de membresía por año calendario en un programa de pérdida de peso calificado para un suscriptor cubierto o un dependiente cubierto (consulte MassGeneralBrighamHealthPlan.org para conocer los requisitos)
Pelucas (cuando sean médicamente necesarias por la caída del cabello debido a un tratamiento para el cáncer u otras condiciones médicas)	Sujeto al deducible, luego coseguro del 20 %

ACERCA DE SU MEMBRESÍA EN MASS GENERAL BRIGHAM HEALTH PLAN

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su cobertura, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 866-414-5533 (TTY 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. (jueves, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.)

Período de beneficios

Su período de beneficios vuelve a comenzar en la fecha de aniversario de su empleador.

Copagos, coseguro o deducibles requeridos para ciertos servicios

Antes de que comience la cobertura de ciertos servicios, usted paga un deducible en cada período de beneficios. El deducible de su plan es el monto que usted paga por determinados servicios, cada período de beneficios. Para algunos servicios, una vez que se alcanza el deducible, es posible que los miembros tengan que pagar un copago o coseguro antes de que comience la cobertura.

Todos los miembros son responsables de pagar el deducible individual por período de beneficios. Los pagos del deducible de familiares contribuyen al deducible familiar por período de beneficios. El deducible familiar puede alcanzarse al combinar los deducibles pagados por los familiares cubiertos. El aporte de cada familiar no superará la cantidad establecida para un deducible individual.

Todas las cantidades pagadas por salud médica y conductual se aplican al máximo de gastos de bolsillo. Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo individual, el miembro tiene estos servicios cubiertos en su totalidad durante el resto del período de beneficios. El máximo de gastos de bolsillo familiar se alcanza al combinar los montos de deducibles, coseguro y copagos pagados por los familiares cubiertos. Una vez que se paga el máximo de gastos de bolsillo familiar, estos servicios están cubiertos en su totalidad para todos los familiares durante el resto del período de beneficios.

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria maneja su atención médica y es la primera persona a la que debe llamar cuando necesite atención médica. Asegúrese de consultar a su proveedor de atención primaria los horarios de atención y si ofrece atención de urgencia.

Mass General Brigham Health Plan requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que se encuentre disponible para aceptarlos a usted y a sus familiares. En el caso de los niños, usted debe designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un PCP o para obtener una lista con la información más actualizada sobre proveedores o una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite MassGeneralBrighamHealthPlan.org o llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Servicios de atención preventiva

Mass General Brigham Health Plan cubre servicios preventivos elegibles para adultos, mujeres (incluidas mujeres embarazadas) y niños, que incluyen cobertura de exámenes físicos anuales, vacunas, visitas del niño sano y exámenes ginecológicos anuales. Para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva elegibles, visite MassGeneralBrighamHealthPlan.org o llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Derecho a un proveedor de atención primaria (PCP) y a servicios obstétricos

Usted no necesita autorización previa de Mass General Brigham Health Plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de atención médica cumpla con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento autorizado previamente o respetar procedimientos para realizar derivaciones.

Atención de urgencia

Si necesita atención de urgencia, llame a su proveedor de atención primaria para coordinar dónde recibirá el tratamiento. Algunos ejemplos de condiciones médicas que requieren atención de urgencia incluyen, entre otras, fiebre, dolor de garganta o de oído.

Atención de emergencia

En caso de emergencia, diríjase al centro de emergencia más cercano o llame al 911. Consulte el Programa de beneficios para conocer el monto de sus costos compartidos. Su proveedor de atención primaria debe coordinar toda la atención de seguimiento.

Derivaciones

Mass General Brigham Health Plan requiere derivaciones para servicios de especialistas brindados por proveedores dentro de la red, con las siguientes excepciones: atención ginecológica u obstétrica de rutina, atención preventiva o de urgencia; servicios de planificación familiar; servicios de salud conductual recreativos y para pacientes ambulatorios; fisioterapia; terapia ocupacional; terapia del lenguaje; examen de la vista de rutina y servicios de emergencia.

Programa de verificación de uso

Los estándares de verificación de uso que utiliza Mass General Brigham Health Plan se crearon para garantizar que nuestros miembros reciban atención médica apropiada y de alta calidad de manera constante. Para determinar la cobertura, se utilizan criterios específicos para tomar decisiones relacionadas con la verificación de uso. Estos criterios son desarrollados por médicos y cumplen con los estándares de las organizaciones nacionales de acreditación. Debido a que periódicamente hay nuevos tratamientos y tecnologías disponibles, actualizamos nuestros estándares de verificación de uso anualmente.

Para tomar decisiones relacionadas con el uso, el plan de salud hace revisiones prospectivas, simultáneas y retrospectivas de los servicios de atención médica que nuestros miembros reciben.

Determinación inicial (revisión prospectiva o autorización previa)

Determina de manera anticipada si un procedimiento o tratamiento que usted o su médico solicitan es médicamente adecuado y necesario.

Revisión simultánea

Durante un tratamiento, como una hospitalización, la revisión simultánea controla el progreso del tratamiento y determina el tiempo durante el cual será médicamente necesario.

Revisión retrospectiva

Una vez que se proporcionó la atención, revisamos los resultados del tratamiento para garantizar que los servicios de atención médica que le proporcionaron cumplieron con determinados estándares de calidad.

Administración de la atención

Cuando los miembros sufren enfermedades o condiciones médicas crónicas o graves, es posible que califiquen para administración de la atención. Los administradores de la atención trabajan de manera personalizada con los miembros y sus proveedores para encontrar las formas más adecuadas y rentables de controlar una condición médica. De manera conjunta, se desarrolla un plan de tratamiento que se adapta a las necesidades del miembro con el objetivo de promover la educación y el cuidado personal del paciente, y proporcionar acceso a los tipos correctos de servicios y opciones de atención médica.

Para obtener más información sobre la verificación de uso o la administración de la atención en Mass General Brigham Health Plan, consulte el Manual para miembros o llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Exclusiones de beneficios

Los servicios o suministros que Mass General Brigham Health Plan no cubre son los siguientes: beneficios de otras fuentes, alimentos dietéticos, pruebas y evaluaciones educativas, masoterapia, proveedores fuera de la red, atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.

Se aplican exclusiones de beneficios adicionales; para obtener una lista completa, consulte el Manual de beneficios de su plan.

REQUISITO DE MASSACHUSETTS PARA ADQUIRIR UN SEGURO MÉDICO:

Desde el 1.º de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica (Health Care Reform Law) de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts que tengan dieciocho (18) años o más cuenten con cobertura de salud que cumpla con los estándares de cobertura mínima acreditable establecidos por el Conector del Seguro Médico del Commonwealth (Commonwealth Health Insurance Connector), a menos que se exima del requisito de seguro médico debido a la capacidad de pago o a dificultades individuales. Para obtener más información, llame al Conector al 1-877-MA-ENROLL o visite el sitio web del Conector (www.mahealthconnector.org).

Este plan de salud cumple con los estándares de cobertura mínima acreditable que entran en vigencia el 1.º de enero de 2024 como parte de la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts. Si adquiere este plan, usted cumplirá con el requisito legal de tener un seguro médico que cumpla con estos estándares.

Esta divulgación hace referencia a los estándares de cobertura mínima acreditable que entran en vigencia el 1.º de enero de 2024. Debido a que estos estándares pueden cambiar, revise el material de su plan de salud cada año para determinar si su plan cumple con los últimos estándares.

Si tiene preguntas sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al 617-521-7794 o visitando su sitio web en mass.gov/doi.



Este plan está suscrito por Mass General Brigham Health Plan, Inc.