

**Anexo C - Lista de beneficios  
CoverKids  
Grupo I y Grupo II  
Indios de EE.UU./nativos de Alaska**

Para recibir beneficios de este Plan, asegúrese de que el proveedor de atención médica sea miembro de la red de proveedores que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. Si Usted recibe servicios de un proveedor fuera de la red, Usted será responsable del pago total del cargo del proveedor fuera de la red. **No se pagan beneficios por los servicios prestados por proveedores fuera de la red.**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Copago requerido por los Servicios cubiertos prestados por proveedores de la red</b>
<b>Servicios recibidos en el consultorio del proveedor de atención médica</b>	
<b>Servicios en el consultorio para atención preventiva</b>	
Atención preventiva: incluye exámenes físicos periódicos, pruebas de detección e inmunizaciones realizadas de conformidad con las directrices y la orientación nutricional de Academia Americana de Pediatría) (cuando sea Médicamente necesario)	Sin copago
<b>Servicios en el consultorio para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones</b>	
Visitas al consultorio para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones por un Médico de atención primaria	Sin copago
Visitas al consultorio para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión por un Especialista	Sin copago
Cirugía en el consultorio, incluyendo la anestesia, por e un Médico de atención primaria	Sin copago
Cirugía en el consultorio, incluyendo la anestesia, por un Especialista	Sin copago
Tratamientos no rutinarios: Incluye diálisis y radiación, cobalto y terapia con radioisótopos	Sin copago
Servicios de diagnóstico rutinarios para una enfermedad o lesión.	Sin copago
Alergia o inyección de suero una Enfermera	Sin copago
Alergia o inyección de suero un Médico de atención primaria	Sin copago
Alergia o inyección de suero por un Especialista	Sin copago
Servicios de rehabilitación Los servicios de terapia (incluyendo terapia del lenguaje) se limitan a 52 visitas por tipo de terapia durante cada año del Plan; los servicios quiroprácticos se limitan a 52 visitas por año del Plan	Sin copago
Servicios de salud conductual	Sin copago

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Copago requerido por los Servicios cubiertos prestados por proveedores de la red</b>
DME	Sin copago
Prótesis/aparatos ortopédicos Los aparatos auditivos se limitan a 1 por oído, por año calendario, hasta la edad de 5 años; de ahí en adelante, 1 por oído cada 2 años.	Sin copago
Suministros (suministro para 31 días)	Sin copago
<b>Servicios que se reciben en un Centro médico</b>	
<b>Estadías en el hospital</b> Se requiere autorización previa. Se negarán los beneficios para proveedores de la red fuera de Tennessee (Proveedores PPO de Blue Card) cuando no se obtiene autorización previa. Los proveedores de la red de Tennessee son responsables de obtener la autorización previa. El Asegurado no es responsable del recargo cuando los proveedores de la red de Tennessee no obtienen autorización previa.	
Cargos del centro médico Usted está exento del copago si se lo vuelve a hospitalizar en un plazo de 48 horas después de la visita inicial por el mismo episodio de enfermedad o lesión.	Sin copago
Cargos del proveedor de atención médica	Sin copago
Cargos del centro médico relacionados con los Servicios de salud conductual	Sin copago
Cargos del proveedor de atención médica relacionados con los Servicios de salud conductual.	Sin copago
Servicios de rehabilitación	Sin copago
Centro de enfermería especializada Limitado a 100 días por año del Plan, después de una hospitalización aprobada.	Sin copago
<b>Servicios hospitalarios de emergencia</b> En caso de una emergencia real, los beneficios están disponibles para proveedores de la red y fuera de la red.	
Cargos del centro médico (Usted está exento del copago si se lo hospitaliza):  Padecimiento de emergencia  Padecimiento que no es de emergencia	Sin copago  Sin copago  Sin copago
Cargos del proveedor de atención médica	Sin copago
<b>Servicios de urgencia</b>	
Cargos del centro médico: Sala de urgencias	Sin copago
Visita médica sin previa cita	Sin copago
Cargos del proveedor de atención médica	Sin copago

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Copago requerido por los Servicios cubiertos prestados por proveedores de la red o fuera de la red</b>
<b>Servicios del centro médico y cirugía para pacientes de consulta externa</b> Las cirugías incluyen servicios de diagnóstico invasivos (por ejemplo: colonoscopia, sigmoidoscopia)	
Cargos del centro médico	Sin copago
Cargos del proveedor de atención médica Médico de atención primaria Especialista	Sin copago Sin copago
<b>Servicios de diagnóstico para pacientes de consulta externa</b>	
Servicios de diagnósticos rutinarios y no rutinarios para una enfermedad o lesión.	Sin copago
<b>Otros procedimientos, servicios o suministros para pacientes de consulta externa</b>	
Cargos del centro médico relacionados con los Servicios de salud conductual	Sin copago
Cargos del proveedor de atención médica relacionados con los Servicios de salud conductual	Sin copago
DME	Sin copago
Prótesis/aparatos ortopédicos Los aparatos auditivos se limitan a 1 por oído, por año calendario, hasta la edad de 5 años; de ahí en adelante, 1 por oído cada 2 años.	Sin copago
Suministros (suministro para 31 días)	Sin copago
Tratamientos no rutinarios: Incluye diálisis y radiación, cobalto y terapia con radioisótopos	Sin copago
Todos los demás servicios que se reciben en un centro para pacientes ambulatorios, incluyendo quimioterapia y la radiación	Sin copago
<b>Otros servicios</b>	
Ambulancia	Sin copago
Servicios de atención médica en el hogar, incluyendo la terapia de infusión en el hogar (limitado a 125 visitas por año del Plan) Se requiere autorización previa.	Sin copago
Atención en un centro para enfermos terminales	Sin copago
Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes	Sin copago

<b>Servicios cubiertos</b>		<b>Copago requerido por los Servicios cubiertos prestados por proveedores de la red o fuera de la red</b>	
<b>Servicios recibidos en la farmacia</b>			
<b>Medicamentos con receta médica</b>			
<p>Venta minorista de suministro hasta para 30 días. Suministro hasta para 90 días con un copago, a través de entrega a domicilio y ciertas farmacias minoristas. Si Usted elige un medicamento de marca (preferida o no preferida) cuando un medicamento genérico equivalente está disponible, Usted tendrá la responsabilidad de pagar el costo de los medicamentos de marca si supera el costo de medicamentos genéricos, más el copago de medicamentos genéricos requerido.</p> <p><b>Los productos farmacéuticos especializados y autoadministrados</b> son elegibles para recibir beneficios, con base en Nuestra lista de productos farmacéuticos especializados. Los beneficios para los fármacos especializados y autoadministrados se limitan a un suministro para 30 días, por receta médica. Algunos medicamentos especializados requieren autorización previa. Llame a Servicios de atención al Asegurado para determinar si se requiere autorización previa.</p>			
Genérico		Sin copago	
Marca preferida		Sin copago	
Marca no preferida		Sin copago	
<b>Fármacos especializados</b>	<b>Copago requerido cuando se compran en una farmacia especializada</b>	<b>Copago requerido cuando se compran en una farmacia de la red</b>	
Genérico	Sin copago	Sin copago	
Marca preferida	Sin copago	Sin copago	
Marca no preferida	Sin copago	Sin copago	

<b>Servicios cubiertos</b>		<b>Copago requerido por los Servicios cubiertos prestados por proveedores de la red o fuera de la red</b>	
<b>Servicios de la vista</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los beneficios para los Servicios de la vista deben pagarse, ya sea que se trate de un proveedor de la red o fuera de la red.</li> <li>• Los servicios cubiertos tienen límites anuales. Usted será responsable de todos los cargos que excedan los límites.</li> <li>• Cuando las monturas y los lentes se ordenan al mismo tiempo, sólo se cobra un copago.</li> </ul>			
Examen anual de la vista (incluido el examen de refracción y la prueba anual de glaucoma)		Sin copago	
Lentes para anteojos con receta médica (incluidos bifocales o trifocales, una vez por año del Plan)		Sin copago Beneficio máximo \$85	
Lentes de contacto con receta médica en lugar de anteojos (una vez por año del Plan)		Sin copago Beneficio máximo \$150	

Monturas, la primera vez	Sin copago Beneficio máximo \$100
Monturas, reemplazo (una vez cada 2 años del Plan)	Sin copago Beneficio máximo \$100
<b>Límites varios</b>	<b>Máximo</b>
Articulación temporomandibular (ATM), máximo para tratamiento no quirúrgico	\$1,500 por Año del Plan