

**Anexo C - Lista de beneficios
HealthyTNBabies
Grupo I**

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 de Asegurados. 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.**

| Servicios cubiertos | Copago requerido por los Servicios cubiertos prestados por proveedores de la red |
|---|---|
| Servicios recibidos en el consultorio del proveedor de atención médica | |
| Servicios en el consultorio para atención prenatal y posnatal (incluyendo complicaciones) El Copago se aplica sólo a la visita inicial al Médico que atiende el embarazo y el parto. El Copago se aplicará a todas las demás consultas de maternidad no rutinarias. | |
| Visitas al consultorio de un Médico de atención primaria | Copago \$15 |
| Visitas al consultorio de un Especialista | Copago \$20 |
| Servicios de diagnóstico rutinarios | Sin copago |
| Servicios que se reciben en un Centro médico | |
| Estadías en el hospital Se requiere autorización previa para hospitalizaciones que no sean por parto. 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 en 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 exenta del copago si se la vuelve a hospitalizar en un plazo de 48 horas después de la visita inicial por el mismo episodio. | Copago \$100 por cada hospitalización |
| Cargos del proveedor (incluyendo parteras) | Sin copago |
| Servicios hospitalarios de emergencia 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 exenta del copago si se la hospitaliza): | |
| Padecimiento de emergencia | Copago \$50 por visita |
| Padecimiento que no es de emergencia | Copago \$50 por visita |
| Cargos del proveedor de atención médica | Sin copago |

| Servicios cubiertos | Copago requerido por los Servicios cubiertos prestados por proveedores de la red | |
|---|---|---|
| Servicios de urgencia | | |
| Cargos del centro médico: Sala de urgencias | Copago \$50 por visita | |
| Visita médica sin previa cita | Copago \$15 por visita | |
| Cargos del proveedor de atención médica | Sin copago | |
| Servicios del centro médico y cirugía para pacientes de consulta externa | | |
| Cargos del centro médico | Copago \$20 | |
| Cargos del proveedor de atención médica | Sin copago | |
| Servicios de diagnóstico para pacientes de consulta externa | | |
| Servicios de diagnóstico rutinarios y no rutinarios | Sin copago | |
| Otros servicios | | |
| Ambulancia | Sin copago | |
| Servicios recibidos en la farmacia | | |
| Medicamentos con receta médica | | |
| <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. Algunos productos farmacéuticos especializados requieren autorización previa. Consulte la Lista de medicamentos farmacéuticos especializados para ver la lista de productos farmacéuticos especializados que requieren autorización previa.</p> | | |
| Genérico | Copago \$5 | |
| Marca preferida | Copago \$20 | |
| Marca no preferida | Copago \$40 | |
| Medicamentos farmacéuticos especializados | Copago requerido cuando se compran en una farmacia especializada | Copago requerido cuando se compran en una farmacia de la red |
| Genérico | Copago \$5 | Copago \$10 |
| Marca preferida | Copago \$20 | Copago \$40 |
| Marca no preferida | Copago \$40 | Copago \$80 |

| Límites varios | Máximo |
|--|-------------------------|
| Desembolso máximo para todos los servicios | 5% del ingreso familiar |