

Resumen de beneficios

Congregational Employee Plan (CEP) for Mennonite Church USA

Los beneficios médicos de Congregational Employee Plan se prestan a través del programa de la organización de proveedores preferidos (PPO) *Highmark Blue Cross Blue Shield*. Antes de recibir tratamiento médico, tiene la responsabilidad de asegurarse de que el proveedor de atención médica pertenezca a la red. El proveedor de atención médica que elija puede ayudarlo con esta información.

Requisitos del Plan	Dentro de la red	Fuera de la red ¹
Opciones de deducibles	<ul style="list-style-type: none"> \$1,400 por persona; \$2,800 por grupo familiar \$1,400 para cobertura individual (una persona solamente); \$2,800 para cobertura familiar \$2,000 para cobertura individual (una persona solamente); \$4,000 para cobertura familiar \$3,000 para cobertura individual (una persona solamente); \$6,000 para cobertura familiar 	<ul style="list-style-type: none"> \$2,800 por persona; \$5,600 por grupo familiar \$2,800 para cobertura individual (una persona solamente); \$5,600 para cobertura familiar \$4,000 para cobertura individual (una persona solamente); \$8,000 para cobertura familiar \$6,000 para cobertura individual (una persona solamente); \$12,000 para cobertura familiar
Coseguro por año calendario	No corresponde.	
Certificación previa	Es su responsabilidad comunicarse con <i>Highmark Health Care Management Services</i> entre 7 y 10 días antes de una hospitalización planificada o dentro de las 48 horas siguientes a una hospitalización de emergencia.	
Presentación de reclamaciones	El proveedor de la PPO presenta las reclamaciones.	Es su responsabilidad presentar las reclamaciones.

Beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red ¹
<i>Servicios en centros de hospitalización</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios en hospitales² 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	Debe pagar los deducibles aplicados fuera de la red.
<ul style="list-style-type: none"> Atención en centros especializados de enfermería²; hasta 100 días por año calendario 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	Debe pagar los deducibles aplicados fuera de la red.
<i>Servicios ambulatorios</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de médicos/especialistas Pruebas de alergia e inyecciones Quimioterapia, radioterapia y diálisis renal Atención de maternidad (honorarios médicos) Atención médica en el hogar Programas de educación sanitaria Suministros y equipos médicos Programas de rehabilitación cardíaca Prótesis y equipos médicos duraderos Cirugía ambulatoria en hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios o consultorios médicos Radiografías y servicios de laboratorio y diagnóstico Manipulación vertebral; hasta 20 visitas por año Fisioterapia; hasta 20 visitas por año Logopedia; hasta 20 visitas por año Ergoterapia; hasta 20 visitas por año 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	Debe pagar los deducibles aplicados fuera de la red.
<ul style="list-style-type: none"> Consultas virtuales con médicos de Amwell 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	Sin beneficios del plan fuera de la red de médicos de Amwell.
<i>Servicios de emergencia</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Ambulancia Atención en salas de emergencia de hospitales 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	
<i>Servicios en centros de cuidados paliativos</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Servicios para pacientes hospitalizados² Servicios ambulatorios 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	Debe pagar los deducibles aplicados fuera de la red.
<i>Servicios de atención preventiva para adultos³</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes físicos de rutina Consultas para la salud de la mujer mediante servicios preventivos 	El Plan paga el 100%.	Sin beneficios del Plan.

Beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red¹
<i>Servicios de atención preventiva para adultos³ (cont.)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes ginecológicos y papanicolaou de rutina Exámenes de diagnóstico de rutina, incluyendo un conteo sanguíneo completo (CBC) y análisis de orina Mamografías – análisis de rutina Prueba anual de rutina de antígeno prostático específico y/o tacto rectal Métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (incluyendo la esterilización) para todas las mujeres con capacidad reproductiva, con receta médica Servicios de atención preventiva, exámenes y procedimientos para mujeres embarazadas Análisis y procedimientos de atención preventiva para embarazadas Consejería y apoyo para la lactancia, incluyendo el costo del equipo para amamantar Servicios para la prevención de la obesidad, enfermedades del corazón y diabetes Inmunizaciones de rutina para adultos 	El Plan paga el 100%.	Sin beneficios del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> Inmunizaciones requerido para viajar al extranjero 	El Plan paga el 100%.	
<i>Servicios de atención preventiva pediátrica³</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes físicos de rutina Inmunizaciones pediátricas de rutina Exámenes de diagnóstico de rutina Servicios para la prevención de la obesidad, enfermedades del corazón y diabetes 	El Plan paga el 100%.	Sin beneficios del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> Inmunizaciones requerido para viajar al extranjero 	El Plan paga el 100%.	
<i>Servicios de salud mental</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de pacientes hospitalizados² Tratamiento ambulatorio 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	Debe pagar los deducibles aplicados fuera de la red.
<i>Servicios para tratar la toxicomanía</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Desintoxicación de pacientes hospitalizados² Rehabilitación de pacientes hospitalizados² Tratamiento ambulatorio 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red.	Debe pagar los deducibles aplicados fuera de la red.
<i>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios⁴ (proporcionados a través de la red de farmacias CVS Caremark)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos comprados en una farmacia minorista 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red; suministro para 30 días si se compra en una farmacia minorista participante; suministro para 90 días si se compra en una farmacia minorista de CVS.	Sin beneficios del Plan si se compra fuera de la red de farmacias CVS Caremark.
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos comprados por correo 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red; suministro para 90 días.	Sin beneficios del Plan si se compra fuera del programa de correo de farmacias CVS Caremark.
<ul style="list-style-type: none"> Productos farmacéuticos especializados 	Debe pagar los deducibles aplicados dentro de la red si se compra en una farmacia de especialidad de Caremark, según lo indicado por CVS Caremark; suministro para 30 días.	Sin beneficios del Plan si no se compra en una farmacia de especialidad de Caremark, según lo indicado por CVS Caremark.

¹Los pagos del Plan por servicios recibidos de un proveedor fuera de la red se basan en el cargo permitido para el tipo de atención, servicio o tratamiento recibidos. Si los cargos del proveedor superan el cargo permitido, deberá pagar la diferencia. Ninguno de estos montos adicionales que deba pagar se incluirá en su requisito de deducibles por año calendario.

²Se requiere certificación previa. Si esto no ocurre y luego se determina que una parte o la totalidad de la estadía del paciente no era médicamente necesaria o apropiada, el paciente deberá pagar los costos que no tengan cobertura.

³El programa de servicios preventivos cubiertos se describe en el programa de atención preventiva de Highmark y el programa de atención preventiva de Salud de Mujeres, los cuales se actualizan periódicamente según los cambios en las pautas de prácticas clínicas.

⁴En una farmacia participante de venta al por menor, una farmacia de especialidad de Caremark, o en el Programa de Servicio de Correo de CVS Caremark, usted es responsable de pagarle el monto total a la farmacia, con el descuento que CVS Caremark haya acordado, hasta que el deducible requerido del año calendario sea cumplido. Autorización previa requerida para medicamentos compuestos que cuesten \$300 o más, cualquier medicamento que cueste \$5,000 o más y todos los productos farmacéuticos especializados.