

SignatureValue™ HMO

Ofrecido por UnitedHealthcare of California

Plan de Beneficios de HMO

25-40/250D

Estos servicios están cubiertos según lo indicado cuando estén autorizados por su Médico de Atención Primaria de su Grupo Médico Participante de la Red.

Fecha de Vigencia: enero 01, 2022

Características Generales

Deducible de Año Calendario	Ninguno
Beneficios Máximos	Ilimitado
Límite Anual de Desembolso Personal Los Copagos por ciertos tipos de Servicios de Atención de la Salud Cubiertos no se aplican al Límite de Desembolso Personal y requieren un Copago incluso después de haberse alcanzado el Límite de Desembolso Personal. El Límite Anual de Desembolso Personal incluye los Copagos por beneficios de UnitedHealthcare, incluidos los beneficios de salud conductual y de medicamentos de venta con receta. No incluye los planes independientes y separados, ofrecidos a grupos, de beneficios Dentales, de la Vista y Quiroprácticos. Cuando un miembro individual de una familia haya pagado una cantidad de Deducible y Copagos durante el Año Calendario que sea igual al Límite de Desembolso Individual, no deberá pagar más Copagos por Servicios de Atención de la Salud Cubiertos por el resto de ese Año Calendario. Los demás miembros de la familia seguirán pagando el Copago correspondiente hasta que un miembro alcance el Límite de Desembolso Individual o hasta que la familia alcance el Límite de Desembolso Familiar.	Individual: \$2,500 Familiar: \$5,000
Visitas al Consultorio del Médico de Atención Primaria	Copago de \$25 por Visita al Consultorio
Visitas al Consultorio de un Especialista (El Miembro debe obtener referencias a Especialistas, excepto para servicios Médicos Obstétricos/Ginecológicos y Servicios de Emergencia o Requeridos de Urgencia). El Copago por visitas al audiólogo y al podiatra es el mismo que por visitas al Médico de Atención Primaria.	Copago de \$40 por Visita al Consultorio
Beneficios Hospitalarios (Sólo se aplica un Copago por servicios hospitalarios por día. Si es necesario un traslado a otro centro, usted no será responsable del Copago adicional por la admisión hospitalaria de ese día).	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Servicios de Emergencia No se aplica el Copago si lo admiten	Copago de \$150
Servicios Requeridos de Urgencia Servicios de atención de urgencia: servicios prestados dentro del área geográfica cubierta por su grupo médico Servicios de atención de urgencia: servicios prestados fuera del área geográfica cubierta por su grupo médico Consulte su Comprobante de Cobertura para obtener detalles adicionales. Consulte el sitio de Internet de su médico o llame al consultorio para saber cuáles son los centros de atención de urgencia disponibles dentro del área cubierta por su grupo médico.	Copago de \$25 Copago de \$75

Beneficios Disponibles Mientras está Hospitalizado como Paciente Hospitalizado

Trasplantes de Médula Ósea	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Estudios Clínicos Los servicios de un Estudio Clínico requieren la autorización previa de UnitedHealthcare. Si usted participa en un Estudio Clínico del Cáncer ofrecido por un Proveedor Fuera de la Red que no acepta prestar estos servicios a la tarifa que UnitedHealthcare negocia con los Proveedores Participantes, usted será responsable de pagar la diferencia entre los cargos facturados por el Proveedor Fuera de la Red y la tarifa negociada entre UnitedHealthcare y los Proveedores Participantes, además de los Copagos, coaseguros o deducibles que correspondan.	Se paga de acuerdo con las tarifas negociadas. El saldo (si lo hubiere) es responsabilidad del Miembro.
Servicios de Cuidados Paliativos (Pronóstico de esperanza de vida de un año o menos)	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Beneficios Hospitalarios (Sólo se aplica un Copago por servicios hospitalarios por día. Si es necesario un traslado a otro centro, usted no será responsable del Copago adicional por la admisión hospitalaria de ese día).	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Mastectomía/Reconstrucción de Senos (Después de una mastectomía y complicaciones de esta)	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Atención de Maternidad Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Servicios de Salud Mental que incluyen, entre otros, Centros de Tratamiento Residencial Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California. (Sólo se aplica un Copago por servicios hospitalarios por día. Si es necesario un traslado a otro centro, usted no será responsable del Copago adicional por la admisión hospitalaria de ese día).	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Atención para Recién Nacidos El Copago por beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados no se aplica a los recién nacidos que son dados de alta con la madre dentro de las 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Para conocer más detalles, consulte el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Atención del Médico	Sin cargo
Cirugía Reconstructiva	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Atención de Rehabilitación (Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Beneficio por Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves en Niños Tratamiento Residencial y para Pacientes Hospitalizados Días ilimitados Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización

Beneficios Disponibles Mientras está Hospitalizado como Paciente Hospitalizado

(Continuación)

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (Hasta 100 días por período de beneficios)	Copago de \$250 por día El Copago se aplica a un máximo de 3 días por hospitalización
Trastornos de Adicción y Relacionados con Sustancias que incluyen, entre otros, Desintoxicación Médica para Pacientes Hospitalizados y Centros de Tratamiento Residencial Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Sin cargo
Interrupción del Embarazo (Médica/medicamentos y quirúrgica)	Copago de \$125

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios

Examen para la Detección/Tratamiento de Alergias (El suero tiene cobertura) Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$25 por Visita al Consultorio Copago de \$40 por Visita al Consultorio
Ambulancia (Sólo se puede aplicar un Copago por ambulancia por viaje. Si es necesario un traslado en ambulancia posterior a otro centro, usted no será responsable del Copago por ambulancia adicional).	Copago de \$100
Estudios Clínicos Los servicios de un Estudio Clínico requieren la autorización previa de UnitedHealthcare. Si usted participa en un Estudio Clínico del Cáncer ofrecido por un Proveedor Fuera de la Red que no acepta prestar estos servicios a la tarifa que UnitedHealthcare negocia con los Proveedores Participantes, usted será responsable de pagar la diferencia entre los cargos facturados por el Proveedor Fuera de la Red y la tarifa negociada entre UnitedHealthcare y los Proveedores Participantes, además de los Copagos, coaseguros o deducibles que correspondan.	Se paga de acuerdo con las tarifas negociadas. El saldo (si lo hubiere) es responsabilidad del Miembro.
Dispositivos de Implantes Cocleares (Se puede aplicar un Copago adicional por cirugía para pacientes ambulatorios, beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados y terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios). Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago de \$40 por artículo
Anestesia para Tratamiento Dental (Se puede aplicar un Copago adicional por cirugía para pacientes ambulatorios o beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados)	Copago de \$40
Medicamento Depo-Provera (que no sea como anticonceptivo) (Se limita a una inyección de Depo-Provera cada 90 días. Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio).	Copago de \$35
Diálisis (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio)	Copago de \$40 por tratamiento
Equipo Médico Duradero Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago del 20%
Equipo Médico Duradero para el Tratamiento del Asma Infantil (Incluye nebulizadores, medidores de flujo de aire, mascarillas y tubos para el tratamiento Medicamento Necesario del asma infantil de hijos Dependientes, que están cubiertos hasta al menos el fin del mes en que el Miembro cumple 19 años).	Copago del 20%
Aparato Auditivo: Estándar Beneficio máximo anual de \$5,000 por año calendario Se limita a un aparato auditivo (que incluye la reparación y el reemplazo) por oído con limitación auditiva cada tres años. (Las reparaciones y/o los reemplazos no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean médicamente necesarios no están cubiertos).	Copago del 20%

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

<p>Aparato Auditivo con Anclaje de Hueso</p> <p>Las reparaciones y/o reemplazos no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean médicamente necesarios no están cubiertos. El aparato auditivo con anclaje de hueso estará sujeto a las categorías médicas/quirúrgicas correspondientes (p. ej. gastos hospitalarios de pacientes hospitalizados, honorarios médicos) solamente para miembros que cumplan los criterios médicos especificados en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información. Las reparaciones y/o reemplazos de un aparato auditivo con anclaje de hueso no están cubiertos, excepto por mal funcionamiento. Las mejoras y los modelos de lujo que no sean médicamente necesarios no están cubiertos.</p>	<p>Según el lugar en el que se preste el servicio de salud cubierto, los beneficios por aparato auditivo con anclaje de hueso serán los mismos que los estipulados en cada categoría de servicio de salud cubierto de este Plan de Beneficios.</p>
<p>Examen de Audición</p> <p>Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria</p> <p>Visita al Consultorio de un Especialista</p> <p>El Copago por visitas al audiólogo y al podiatra es el mismo que por visitas al Médico de Atención Primaria. Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.</p>	<p>Copago de \$25 por Visita al Consultorio</p> <p>Copago de \$40 por Visita al Consultorio</p>
<p>Visitas de Atención de Salud en el Hogar (Hasta 100 visitas por año calendario)</p> <p>Por la Terapia de Infusión se aplica un Copago de Terapia de Infusión separado por 30 días.</p>	<p>Copago de \$25 por visita</p>
<p>Servicios de Cuidados Paliativos (Pronóstico de esperanza de vida de un año o menos)</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Servicios de Infertilidad</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Terapia de Infusión (La Terapia de Infusión tiene un Copago aparte, además del Copago de atención de salud en el hogar o por visita al consultorio). <i>Se aplica únicamente a los copagos en dólares:</i> Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.</p>	<p>Copago de \$150 por medicamento</p>
<p>Medicamentos Inyectables (No se aplica el Copago/Coaseguro a las vacunas, los anticonceptivos, los medicamentos para la infertilidad ni la insulina inyectables. Si se administran medicamentos inyectables en el consultorio de un médico, también se podría aplicar un Copago/Coaseguro por visita al consultorio).</p> <p>Medicamentos Inyectables para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Medicamentos Autoinyectables</p> <p><i>Se aplica únicamente a los copagos en dólares:</i> Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.</p> <p><i>Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA y recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud como servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100%. El Copago se aplica a los métodos y procedimientos anticonceptivos que NO se definen como Servicios Cubiertos conforme al beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar estipulado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.</i></p>	<p>Copago del 30%, hasta \$150, por medicamento</p>
<p>Servicios de Laboratorio (Cuando están disponibles a través de su Grupo Médico Participante o están autorizados por éste. Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio).</p>	<p>Copago de \$25</p>

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Atención, Exámenes y Procedimientos de Maternidad	
Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria	Sin cargo
Visita al Consultorio de un Especialista	Sin cargo
Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.	
Servicios de Salud Mental (incluyen Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves en Niños)	
Las Visitas al Consultorio como Paciente Ambulatorio incluyen:	Copago de \$40 por Visita al Consultorio
Evaluaciones de diagnóstico, planificación del tratamiento, tratamiento y/o procedimientos, terapia individual/de grupo, tratamiento y evaluaciones individuales/de grupo, servicios de referencias y administración de medicamentos	
Todos los Demás Tratamientos para Pacientes Ambulatorios incluyen:	Sin cargo
Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno, Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios, intervención en casos de crisis, terapia electroconvulsiva, exámenes psicológicos, cargos del establecimiento por centros de tratamiento diurno, Tratamiento de Salud Conductual para el trastorno generalizado del desarrollo o Trastornos del Espectro Autista, cargos del laboratorio u otros servicios médicos de Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno y Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios y observación psiquiátrica	
(Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Suplemento al Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California).	
Servicios de Cirugía Oral	Copago de \$100
Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	
Terapia de Rehabilitación Médica para Pacientes Ambulatorios en un Centro Participante Independiente o para Pacientes Ambulatorios (Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	Copago de \$25 por Visita al Consultorio
Cirugía para Pacientes Ambulatorios en un Centro Quirúrgico Participante Independiente o para Pacientes Ambulatorios	Copago de \$200
Atención del Médico	
Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria	Copago de \$25 por Visita al Consultorio
Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$40 por Visita al Consultorio
Servicios de Atención Preventiva	Sin cargo
(Servicios según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría [American Academy of Pediatrics, AAP], incluidas las Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [U.S. Preventive Services Task Force] con una calificación de recomendación "A" o "B", el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización [Advisory Committee on Immunization Practices], la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration, HRSA], las pautas de atención preventiva para mujeres reconocidas por la HRSA, y según lo autorice su Médico de Atención Primaria en su Grupo Médico Participante). Los Servicios de Atención de la Salud Cubiertos incluirán, pero no se limitan a, los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none"> • Examen Colorrectal • Examen de Audición • Prueba de Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) • Vacunas • Pruebas para Recién Nacidos • Prueba de Detección del Cáncer de Próstata • Examen de la Vista • Atención del Bebé/Niño/Adolescente Sano • Mujer Sana, incluidas visitas prenatales rutinarias al consultorio de obstetricia 	
Para obtener una descripción de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California. Los exámenes preventivos/pruebas/asesoramiento según lo recomendado por el Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la AAP (Recomendaciones <i>Bright Futures</i> de atención de salud pediátrica preventiva) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud se cubrirán como Pagados Completamente. Es posible que haya un Copago aparte por la visita al consultorio y otros cargos adicionales por los servicios prestados. Llame al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.	

Beneficios Disponibles para Pacientes Ambulatorios (Continuación)

Aparatos de Prótesis y Correctivos Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago del 20%
Terapia de Radiación Estándar: (Terapia de radiación con haz de fotones)	Sin cargo
Compleja: (Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, braquiterapia, implantes radiactivos y radioterapia conformacional con haz de fotones. El Copago se aplica por cada 30 días o por plan de tratamiento, lo que sea más corto. Los procedimientos Estereotácticos o con Bisturí de Rayos Gamma están cubiertos como cirugía para pacientes ambulatorios. Consulte "Cirugía para Pacientes Ambulatorios" para conocer el Copago, si lo hay). Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Copago de \$50
Servicios de Radiología Estándar: (Se puede aplicar un Copago adicional por visitas al consultorio) Procedimientos de Tomografías e Imágenes Especializadas: (Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, tomografía computarizada [CT], tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT], tomografía por emisión de positrones [PET], angiografía de resonancia magnética [MRA] e imagen de resonancia magnética nuclear [MRI], con o sin medio de contraste) Se cobrará un Copago separado por cada zona del cuerpo escaneada como parte de un procedimiento de imágenes. Usted solamente pagará la tarifa negociada en caso de que sea menor que el Copago.	Sin cargo Copago de \$100
Enfermedad Mental Grave y Trastornos Emocionales Graves en Niños Consulte la sección "Servicios de Salud Mental" para pacientes ambulatorios para ver los costos compartidos y servicios que se aplican a las Enfermedades Mentales Graves y los Trastornos Emocionales Graves. Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	
Trastornos de Adicción y Relacionados con Sustancias Las Visitas al Consultorio como Paciente Ambulatorio incluyen, entre otros servicios: Evaluaciones de diagnóstico, planificación del tratamiento, tratamiento y/o procedimientos, tratamiento y evaluaciones individuales/de grupo, terapia y desintoxicación individual/de grupo, servicios de referencias y administración de medicamentos	Sin cargo
Todos los Demás Tratamientos para Pacientes Ambulatorios incluyen, entre otros: Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno, Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios, intervención en casos de crisis, cargos del establecimiento por centros de tratamiento diurno, cargos de laboratorio y tratamiento de mantenimiento con metadona Para obtener una descripción completa de esta cobertura, consulte su Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información de UnitedHealthcare of California.	Sin cargo
Interrupción del Embarazo (Médica/medicamentos y quirúrgica) Los métodos y procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA y recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud como servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100%. El Copago se aplica a los métodos y procedimientos anticonceptivos que NO se definen como Servicios Cubiertos conforme al beneficio de Servicios de Atención Preventiva y Planificación Familiar estipulado en el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información.	Copago de \$125
Vasectomía	Copago de \$50
Servicios de Atención Virtual Los Beneficios están disponibles solamente cuando los servicios sean prestados a través de un Proveedor Designado de Visitas Virtuales de la Red. Para encontrar un Proveedor Designado de Visitas Virtuales de la Red, visite www.myuhc.com o llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación.	Copago de \$25
Refracción de la Vista	Copago de \$25

Nota: Los Beneficios con cantidades Porcentuales de Copago se basan en la tarifa negociada de UnitedHealthcare.

CADA UNO DE LOS BENEFICIOS ANTERIORMENTE INDICADOS TIENE COBERTURA CUANDO ESTÁ AUTORIZADO POR SU GRUPO MÉDICO PARTICIPANTE O UNITEDHEALTHCARE, EXCEPTO EN EL CASO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICAMENTE NECESARIOS O SERVICIOS REQUERIDOS DE URGENCIA. UN COMITÉ DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN PUEDE REVISAR LA SOLICITUD DE SERVICIOS.

Nota: Este documento no es un contrato. Éste es un Plan de Beneficios y sus documentos adjuntos sólo son un resumen del Plan de Salud.

PARA DETERMINAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE COBERTURA EXACTOS, SE DEBE CONSULTAR EL CONVENIO DE SUSCRIPTORES DE GRUPOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, EL COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE UNITEDHEALTHCARE OF CALIFORNIA Y LOS DOCUMENTOS SOBRE BENEFICIOS ADICIONALES. SI SE SOLICITA, SE PROPORCIONARÁ UNA COPIA DEL CONTRATO, QUE TAMBIÉN SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN LA OFICINA DE UNITEDHEALTHCARE Y EN LA OFICINA DE PERSONAL DE LA EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJA. SI SE SOLICITA, TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE LA INFORMACIÓN FINANCIERA AUDITADA MÁS RECIENTE DE UNITEDHEALTHCARE.

**P.O. Box 30968
Salt Lake City, UT 84130-0968**

**Servicio al Cliente:
800-624-8822
711 (TTY)
www.myuhc.com**

©2021 United HealthCare Services, Inc.
PCA861870-000
T4D/T4E/T4F