

# Economy Health 5000

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

## CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN		
Dentro de la red	Deducible por persona	\$5,000
	Deducible por familia	\$10,000
	El plan paga/la persona paga (coseguro)	100 %/0 %
	Máximo de desembolso (servicios médicos y medicamentos recetados): persona/familia	\$5,000/\$10,000
	Copago por visita al médico de atención primaria o a la clínica sin cita previa/copago por visita al especialista (incluye consultas virtuales)	100 %/100 %
	Copago de Teladoc®	\$0
	Atención preventiva y de bienestar (atención primaria/especialista)	100 %, sin copago
	Hospitalización (incluye maternidad)	100 % después del deducible
	Cirugía ambulatoria	100 % después del deducible
	Servicios de la sala de emergencias: por atención de emergencias únicamente	Copago del 100 %, luego 0 % (sin deducible)
	Servicios de la sala de emergencia: atención que no es de emergencia	Copago del 100 %, luego 0 % (sin deducible)
	Copago por atención urgente	100 %
	Servicios ambulatorios (tomografía computarizada, resonancia magnética, para diagnóstico)	100 % después del deducible
	Copago por servicios quiroprácticos (12 visitas anuales)	100 %
	Servicios de salud mental o toxicomanías para pacientes hospitalizados	100 % después del deducible
	Servicios de salud mental o toxicomanías: copago por visita al consultorio	100 %
Copago por examen de la vista (1 examen cada 12 meses)	100 %	
Fuera de la red	Deducible por persona	\$15,000
	Deducible por familia	\$30,000
	El plan paga/la persona paga (coseguro) después del deducible	70 %/30 %
	Límite de desembolso para coseguro y deducible por persona	\$25,000
	Límite de desembolso para coseguro y deducible por familia	\$50,000
	Atención preventiva y de bienestar	Sin cobertura
	Hospitalización (incluye maternidad)	Copago de \$500, luego 30 % después del deducible
	Cirugía ambulatoria	30 % después del deducible
	Servicios de la sala de emergencias: por atención de emergencias únicamente	Copago del 100 %, luego 0 % (sin deducible)
	Servicios de la sala de emergencia: atención que no es de emergencia	Copago del 100 %, luego 0 % (sin deducible)
	Servicios de salud mental o toxicomanías para pacientes hospitalizados	Copago de \$500, luego 30 % después del deducible
Servicios de salud mental o toxicomanías: visita al consultorio	30 % después del deducible	

## PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

De especialidad	Orden por correo/Walgreens	Farmacia minorista	Genéricos	Copago de
Suministro para 30 días			Genéricos	Copago de \$15
			Preferidos	Copago de \$50
			No preferidos	Copago de \$75
Suministro para 90 días			Genéricos	Copago de \$30
			Preferidos	Copago de \$100
			No preferidos	Copago de \$150
			Suministros para la diabetes	Copago de \$20
			Insulina participante	Copago de \$75
Suministro para 30 días			Genéricos	Copago de \$50
			Preferidos	Copago de \$75
			No preferidos	Copago de \$100

El participante paga el copago o el costo del medicamento, el que sea menor.

Para los medicamentos de mantenimiento que se abastezcan en una farmacia minorista (que no sea Walgreens), se deberá pagar una sanción de \$10 después del segundo abastecimiento en una farmacia minorista. La sanción de \$10 no se acumula para calcular el deducible ni el límite máximo de desembolso. La sanción no se aplica a los medicamentos preventivos conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asegurable (ACA).

Si se compra un medicamento de marca cuando hay uno genérico disponible, el participante debe pagar una sanción. Esta es la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el equivalente genérico. La sanción no se acumula para calcular el deducible ni el límite máximo de desembolso.

Los copagos para [determinados medicamentos de especialidad](#) se establecerán en el nivel del copago de asistencia máximo disponible del fabricante. El fabricante abonará estos copagos luego de que el participante solicite la asistencia de copago y no se aplicarán para calcular el desembolso máximo.

Este plan no constituye una "cobertura comprobable" para los residentes de Massachusetts.

En el caso de la cobertura familiar, una persona no puede contribuir más que el límite de \$9,100 conforme a la ACA.



Do well. Do right.®

# Glosario de términos

**Atención de emergencias:** Servicios médicos del departamento de emergencias de un hospital que tienen la finalidad de evaluar una enfermedad que, sin atención médica inmediata, pondría en grave peligro la salud de la persona, ocasionaría un deterioro grave en las funciones del cuerpo o resultaría en una disfunción grave y permanente de algún órgano o de alguna parte del cuerpo.

**Atención preventiva y de bienestar:** Se refiere a los servicios enumerados en el Programa de Atención Preventiva, que están cubiertos al 100 % y no están sujetos al deducible. El Programa de Atención Preventiva se basa en los servicios exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) de 2010 y sus enmiendas.

**Atención urgente:** Tratamiento en un centro de atención urgente cuando aparecen síntomas que requieren atención médica inmediata.

**Beneficios en una farmacia minorista:** Se refiere al abastecimiento de los medicamentos recetados en una farmacia participante de la red. Este beneficio es muy útil para los medicamentos recetados a corto plazo (suministro para hasta 30 días). Usted podría ahorrar dinero en copagos si reabastece los medicamentos recetados a través del servicio de orden por correo (consulte más arriba).

**Copago por visita al médico de atención primaria o a la clínica sin cita previa:** Monto que usted paga por una visita a una clínica sin cita previa o a un médico de atención primaria, como un pediatra, médico general, médico de familia, internista o ginecólogo.

**Copago:** Monto inicial fijo en dólares que usted paga por ciertos gastos cubiertos. Los montos de copago por visitas al consultorio no se aplican para calcular el deducible dentro o fuera de la red o el coseguro máximo fuera de la red.

**Coseguro:** Porcentaje de reclamos elegibles que usted paga después de haber alcanzado el deducible.

**Deducible (por familia):** Monto que una familia debe pagar antes de que comiencen los beneficios por los servicios no cubiertos por los copagos. Una vez que se alcanza este monto, el plan considerará que todos los miembros de la familia han alcanzado los deducibles. Una persona no puede contribuir más que el monto de deducible por persona. Se trata de un deducible incluido.

**Deducible (por persona):** Monto que una persona debe pagar antes de que comiencen los beneficios por los servicios no cubiertos por los copagos. Una vez que se alcanza este monto, el plan comenzará a pagar los reclamos de la persona al nivel de coseguro.

**Dentro de la red:** Servicios de atención médica brindados por un proveedor que pertenece a la red.

**Especialista:** Cualquier médico que no se considera de atención primaria.

**Examen de la vista:** Cobertura para un examen anual de la vista para cada miembro de la familia que tenga cobertura, que puede incluir un examen para evaluar la salud de los ojos, una dilatación o una refracción. La cobertura no incluye anteojos ni lentes de contacto (excepto luego de la extracción de cataratas), cirugías de ojos o controles de la retina mediante un sistema de telecontrol. Consulte el Programa de Atención Preventiva para obtener información sobre cobertura adicional de control de la vista para niños cuando lo realiza un pediatra o médico de atención primaria como parte de la visita anual de rutina.

**Genérico:** Medicamento bioequivalente a uno de marca que está disponible para el público después de que la patente del medicamento de marca ha expirado. La versión genérica generalmente es un medicamento más económico.

**Límite de desembolso para coseguro y deducible (fuera de la red):** Valor máximo que usted deberá pagar en un año en coseguro y deducibles fuera de la red por los beneficios cubiertos.

**Máximo de desembolso (servicios médicos y medicamentos recetados):** Límite que incluye el deducible, los copagos y el coseguro para servicios elegibles dentro de la red. Una vez que se alcance el monto por familia o por persona, el plan de salud cubre todos los gastos elegibles de atención médica dentro de la red, incluidos los copagos, por el resto del año del plan.

**Medicamentos de especialidad:** Medicamentos recetados específicos que se usan para tratar afecciones complejas, crónicas o especiales.

**Medicamentos no preferidos:** Lista de medicamentos recetados que no se incluyen en el formulario del plan.

**Medicamentos preferidos:** También conocidos como “medicamentos del *Formulario*”. Se trata de una lista de medicamentos de marca que se recetan con frecuencia y que se seleccionan según su eficacia clínica y la posibilidad que brinden al plan de controlar los costos.

**Orden por correo:** Servicio que le permite reabastecer sus recetas recurrentes (suministro para 90 días) a través de una farmacia en línea. Recibe los medicamentos por correo.

**Proveedor dentro de la red:** Médico, hospital u otro centro de atención médica que tiene un contrato para brindar servicios o suministros médicos a tarifas previamente acordadas tanto a usted como a sus dependientes cubiertos según el plan.

**Telemedicina:** Uso de teléfonos o tecnología de video en vivo para brindar atención médica.

La información solo destaca el nivel de cobertura y los beneficios que usted puede recibir cuando protege su persona con GuideStone®. Existen limitaciones y exclusiones. Esta es una descripción general de los planes que se ofrecen. Los documentos oficiales del plan y los contratos de seguro establecen las reglas de elegibilidad, las limitaciones, las exclusiones y los beneficios. Estos rigen y controlan el funcionamiento real del plan.

**Nota:** Se creó un *Resumen de beneficios y cobertura* para ayudar a los consumidores a entender más fácilmente los beneficios del seguro y comparar planes. Para consultar y descargar el *Resumen de beneficios y cobertura* de todos los planes de salud de GuideStone disponibles para usted, visite [GuideStone.org/Summaries](https://www.guidestone.org/summaries). También puede solicitar copias impresas de dichos documentos llamando al **1-844-INS-GUIDE** (1-844-467-4843), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora estándar del centro (CST).