



LIBRO DE CO-PAGOS

1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107
Las Vegas, NV 89104
702-733-9938
www.culinaryhealthfund.org

Revisado diciembre de 2016 (Reemplaza Libro de Co-Pagos con fecha de julio de 2016)

TABLA DE CONTENIDO...

4

- Servicios Preventivos
- Servicios en el Consultorio Médico

5

- Servicios en el Consultorio Médico (continuado)

6

- Recetas Médicas
- Centro Quirúrgico Ambulatorio

7

- Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios
- Servicios en un Centro Independiente

8

- Servicios en un Centro Independiente (continuado)
- Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios

9

- Servicios Hospitalarios para Pacientes ambulatorios (continuado)
- Ambulancia
- Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care

10

- Hospital Dentro de la Red (de internados)
- Tratamiento para la Salud Mental y Adicciones

11

- Cuidado del Seno en un Centro Independiente
- Otros Servicios

12

- Otros Servicios (continuado)

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información		
El máximo de la cantidad anual que usted debe pagar de su bolsillo en copagos y coseguro es \$6,350 por persona o \$12,700 por familia. (Incluye copago médicos y de recetas/no incluye copagos dentales)								
Servicios Preventivos	Imunizaciones para adultos (Apropiados para la edad) y menores (Recién nacidos a 18 años)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Para una lista completa de los servicios preventivos cubiertos bajo la Ley de Cuidados de Salud Asequibles visite http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/ También puede contactar a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938 si tiene preguntas.		
	Exámenes para Bebé/Niño Saludable (Recién nacidos a 21 años)							
	Chequeo Médico Preventivo Anual							
	Asesoría Nutricional							
	Examen de Osteoporosis (Mujeres de 65 años o mayores)							
	Mamografía (Mujeres de 35 años o mayores)							
	Chequeo para Mujer Sana (De 21 a 64 años)							
	Colonoscopia y Sigmoidoscopia (De 50 a 74 años)							
Servicios en el Consultorio Médico	Médico de Cabecera	\$15	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.		
	Especialista	\$30						
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos				
	Inyección							
	Tratamiento Vía Intravenosa							
	Tratamiento Pulmonar							
	Prueba Pulmonar	\$25	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago			Ningún máximo en el beneficio	Llame a CACP al 702-365-5981 para obtener una lista de Proveedores Dentro de la Red.
	Quiropráctico							

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios en el Consultorio Médico (continuado)	Centros Urgent Care (Cuidados Urgentes)	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: ¿Quiere ahorrar dinero? Llame a Doctor Mañana al 702-691-5656 y consiga una cita con un médico el mismo día o antes de que pasen 24 horas.
	Rayo-X/Ultrasonido	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después de dar su copago	Ningún máximo en el beneficio	El Copago se aplica sólo en consultorios médicos selectos.
	Radiología-PET/PET CT	\$225 por visita				
	Radiología-CT/MRA/MRI	\$125 por visita				
	Laboratorio	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Ofthalmólogo/ Optometrista (Examen de la Vista)	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Los lentes y las monturas se cubren bajo la categoría de la vista.
	Quimioterapia	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Estos servicios deben ser proporcionados en Comprehensive Cancer Centers of Nevada.
	Radioterapia					
	Examen auditivo y del habla	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Prueba de Alergias					
	Inmunoterapia para Alergias					
	Cirugía en el consultorio médico					
	Estudios de Conducción Nerviosa					
	Manejo de Dialisis					
	Todos los otros procedimientos en el consultorio					
	Estudios del sueño en el consultorio del doctor	\$125/por procedimiento	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago		

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Recetas Médicas	Farmacia de la Culinaria (Sólo medicamentos genéricos)	\$0	Ningún coseguro	100%	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Puede ahorrar dinero pidiéndole a su doctor un medicamento genérico. Contacte a la Farmacia de la Culinaria llamando al 702-650-4417.
	Medicamentos Genéricos de Nivel 1	\$10	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Los medicamentos del Nivel 1, 2, y 3 están disponibles en farmacias comerciales. Para obtener una lista completa de las farmacias comerciales incluidas en la Red, contacte a OptumRx llamando al 1-866-611-5960.
	Lista Aprobada del Nivel 2	\$30				
	Lista No Aprobada del Nivel 3	\$50				
	Medicamentos de Excepciones Especiales	\$0	25% de los cobros permitidos	75% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere. El beneficio para medicamentos de excepciones especiales es efectivo a partir del 1/1/17.
	Pedidos por Correo	\$10, \$20, ó \$35	Ningún coseguro	100% después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Con un solo copago, puede obtener un suministro de 60 días.
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Cirugía	\$150	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Terapia en una Instalación de Pacientes Ambulatorios (No en un hospital)	Terapia Física	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio para Terapia Física no quirúrgica 30 visitas por terapia para Terapia Física postquirúrgica	El paciente debe ser referido por su doctor.
	Terapia Ocupacional, y del habla	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	30 visitas por terapia	Ninguna otra información.
	Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)	\$10 por día de tratamiento, sin importar el número de horas del tratamiento o el número de proveedores de terapia ABA que ven al dependiente elegible durante el día	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	El beneficio está disponible para dependientes elegibles que tienen al menos 2 años de edad y menores de 6 años, tienen un diagnóstico válido de trastorno del espectro de autismo (ASD, por sus siglas en inglés) y tienen una edad mental proporcional (PMA, por sus siglas en inglés) de al menos 11 meses. Autorización Previa (aprobación) se requiere. Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor PPO. El beneficio de Terapia ABA es efectivo a partir del 1/1/17.
Servicios en un Centro Independiente (No en un hospital)	Laboratorio	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: CPL es el único laboratorio que puede utilizar.
	Rayo-X/Ultrasonido	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Estudio CT, MRI, MRA	\$125				
	PET	\$175				

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios en un Centro Independiente (No en un hospital) (continuado)	Servicios de Radiología Intervencionista (procedimientos echos bajo anestesia que son a base de imágenes)	\$150	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Diálisis	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Estudios del Sueño	\$125	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago		
	Rehabilitación Cardíaca/ Pulmonar	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año	Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Mamografía	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Mamografía 3D	\$75	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago		
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Laboratorio sólo para servicios hospitalarios Preoperatorios o de Diagnostico	\$15	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación). Consejo: Si su doctor lo envía a un hospital para hacerse estos estudios, pídale a su doctor que lo envíe a Desert Radiologists o a CPL.
	Rayo-X/Ultrasonido	\$45				
	Estudio MRI, MRA, CT	\$125				
	PET y combinación de PET/ CT	\$225				
	Los Servicios de Radiología Intervencionista y Radiología de Diagnóstico realizados solamente en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios (procedimientos echos bajo anestesia que son a base de imágenes)	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Diálisis	\$0				

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (continuado)	Terapia Física, (después del alta de una admisión en el hospital)	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año	Algunos servicios requieren autorización previa (aprobación).
	Terapia Ocupacional, y del Habla (después del alta de una admisión en el hospital)	\$30	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año	
	Rehabilitación Cardíaca/Pulmonar (después del alta de una admisión en el hospital)	\$40	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	máximo de 30 visitas por año	
	Cirugía para Pacientes Ambulatorios	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Educación sobre la Diabetes	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
	Otros servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0	25%	75% de los cobros permitidos		
Ambulancia	Por Tierra	\$0	25%	75%	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna Otra Información.
	Aérea	\$500 por persona/ por incidente	Ningún coseguro	100% después del copago		
Sala de Emergencias en comparación a Urgent Care	Sala de Emergencias	\$350 por ida	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago, incluyendo todo servicio de la Sala de Emergencias que se cubra, además de análisis de laboratorio y rayo-x	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Por favor vaya a un centro Urgent Care por problemas que no sean de vida o muerte. Consulte el Directorio de Proveedores para ver las localidades de centros Urgent Care abiertos las 24 horas, los 7 días.
	Centros Urgent Care (Cuidados Urgentes)	\$40 por ida	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: ¿Quiere ahorrar dinero? Llame al Dr. Mañana al 702-691-5656 y haga una cita con un doctor para el mismo día o antes de que pasen las 24 horas.

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Hospital Dentro de la Red (de internados)	Hospitalización	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Consejo: Llame a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938 para asegurarse de que su hospital esta en nuestra Red.
	Obstetricia	\$250				
	Centro de Enfermería Especializada	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Máximo de 60 días	
	Rehabilitación para Pacientes Internados	\$250				
	Observación de 23 hrs	\$250	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Cirugía/Anestesia	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos		
Tratamiento para la Salud Mental y Adicciones	Terapia para Pacientes Ambulatorios	Ningún copago por las primeras 5 visitas por cada tema/ después, un copago de \$15	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	Algunos servicios quizás requieran autorización previa. Llame a Harmony Healthcare al 702-251-8000 para obtener información adicional.
	Pacientes Internados	\$250				
	Tratamiento en Centro Residencial					
	Internación Parcial en Hospital	\$150				
	Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios					

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Cuidado del Seno en un Centro Independiente	Preventivo (mamografía anual)	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Los servicios deben ser realizados con un proveedor PPO solamente. Consejo: Desert Radiologists es el único centro independiente de radiología que puede utilizar.
	Vistas adicionales - Mamografía					
	Mamografía diagnóstica	\$20	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	Ningún máximo en el beneficio	
	Ultrasonido del seno	\$20				
	Mamografía 3D	\$75				
	Resonancia Magnética del seno	\$125				
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido	\$20				
	*Biopsia del seno guiada por aguja bajo un ultrasonido cuando se hace en el consultorio del doctor	\$30				
	Biopsia del seno guiada por aguja bajo una tomografía	\$125				
Otros Servicios	Cuidado Domiciliario	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Beneficio máximo de 60 días por año de calendario	Ninguna otra información.
	Terapia de Infusión a Domicilio	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Centro para Enfermos Terminales	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	
	Calzado para Diabéticos	\$55 por par	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	2 pares por año de calendario	
	Sostenes Postmastectomía	\$12 por prenda	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	\$350 por año de calendario	

Tipo de Atención	Servicios	Copago por Consulta	Coseguro	El Plan Paga	Beneficio Máximo	Otra Información
Otros Servicios (continuado)	Productos para Diabéticos	\$0	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Ninguna otra información.
	Aparatos Auditivos	\$0	Ningún coseguro	\$300 cada 5 años	\$300 cada 5 años	
	Medias de Compresión	\$22 por par	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	3 pares por año de calendario	Las medias de compresión hechas a la medida requieren autorización previa (aprobación).
	Plantillas Ortopédicas	\$10 por par	Ningún coseguro	100% de los cobros permitidos después del copago	1 par o 2 plantillas cada 5 años	Deben ser recetados por un Médico PPO, Podiatra PPO, Ortopedista PPO o Proveedor Ortopédico PPO.
	Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos	\$0	10% de los cobros permitidos	90% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Autorización Previa (aprobación) se requiere para artículos de más de \$500.
	Nutrición Enteral	\$0	10% de los cobros permitidos para suministros, incluyendo, pero no limitados a, bombas y tubos	90% de los cobros permitidos para suministros, incluyendo, pero no limitados a, bombas y tubos El Plan paga 100% de la fórmula y comida médica hasta un máximo de \$3,000 por año calendario	Para fórmula y comida médica hay un máximo de \$3,000 por año calendario	Autorización Previa (aprobación) se requiere.
	Aparatos Prostéticos y Ortopédicos	\$0	10% de los cobros permitidos	90% de los cobros permitidos	Ningún máximo en el beneficio	Se requiere autorización previa.
	Anteos y Lentes de Contacto	\$0	Ningún coseguro	\$150 cada dos años	\$150 cada dos años	Su examen de la vista se cubre bajo el Beneficio de Servicios en el Consultorio Médico.
	Lentes después de una cirugía de cataratas	\$0	Ningún coseguro	\$150	\$150 por vida	Consejo: Si tiene cirugía en los dos ojos, espere a que haga la cirugía en los dos ojos antes de usar este beneficio.



1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107
Las Vegas, NV 89104
702-733-9938

www.culinaryhealthfund.org



facebook.com/culinaryhealthfund

