



Nombre de la cuenta: Mattel Fisher-Price
N.º de cuenta: 22741
Representante de ventas: Nadine Natale
Fecha de entrada en vigor del plan: 1 de enero de 2027

Resumen de beneficios

Nombre del Plan:	Plan Passport Select Option 20		
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red	Información adicional
Información general			
Deducible	\$750 / \$1,500	\$2,000 / \$4,000	En los casos en que se aplique un deducible, este se acumula como integrado. *Consulte la sección de Notas importantes para obtener más información.
Coseguro	10 %	40 %	
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,000 / \$6,000	\$10,000 / \$20,000	Cuando se aplica el máximo de gastos de bolsillo, este se acumula como integrado. *Consulte la sección de Notas importantes para obtener más información.
Máximo anual	No corresponde	No corresponde	
Servicios preventivos			
Mediciones o pruebas de densidad mineral ósea Prueba de colesterol (panel lipídico) Colonoscopia Sigmoidoscopia Medicamentos, dispositivos y asesoramiento de anticoncepción Vacunación Mamografía Prueba de Papanicolaou Examen físico Visitas prenatales Visitas posparto Prueba de próstata (Antígeno prostático específico "PSA") Visita de control del niño sano Visita de control de la mujer sana	\$0	Deducible y luego 40 % de coseguro	Todos los servicios preventivos están cubiertos en su totalidad, con un costo de \$0 para el miembro, cuando son realizados por un proveedor participante. Para obtener información adicional, visite independenthealth.com.
Servicios médicos y otros servicios			
Consulta de atención primaria	Copago de \$35 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Consulta de especialista	Copago de \$50 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Pruebas y tratamiento de alergias	Copago de \$35/\$50 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios (en el consultorio del médico)	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Telemedicina - Servicios médicos generales	\$0 de copago / consulta	No está cubierto	Administrado por Teladoc
Telemedicina - Servicios de salud mental	\$0 de copago / consulta	No está cubierto	Administrado por Teladoc
Telemedicina - Dermatología	\$0 de copago / consulta	No está cubierto	Administrado por Teladoc
Servicios de emergencia y atención de urgencia			
Sala de emergencia	Deducible y luego copago de \$100 / visita.	Deducible y luego copago de \$100 / visita.	Copago exento en caso de ingreso
Ambulancia	Deducible y luego copago de \$100 / traslado	Deducible y luego copago de \$100 / traslado	Debe considerarse medicamento necesario
Centro de atención de urgencia	Copago de \$75 / visita	Copago de \$75 / visita	



Nombre de la cuenta: Mattel Fisher-Price

N.º de cuenta: 22741

Representante de ventas: Nadine Natale

Fecha de entrada en vigor del plan: 1 de enero de 2027

Resumen de beneficios

Nombre del Plan:		Plan Passport Select Option 20	
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red	Información adicional
Servicios hospitalarios y de otras instalaciones			
Hospitalizaciones	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Habitación semiprivada, por ingreso
Hospitalización: Honorarios del médico/cirujano	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados	\$0 de copago / ingreso	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios (centro hospitalario)	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios (centro de cirugía ambulatoria)	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios: Honorarios del médico/cirujano	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Centro de enfermería especializada	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Habitación semiprivada, por ingreso Hasta 45 días por año del contrato
Servicios de pruebas de diagnóstico			
Pruebas de laboratorio	Copago de \$0 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Electrocardiogramas	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Radiología de rutina	Copago de \$15 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Radiología avanzada	Copago de \$15 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	Servicios de radiología, distintos de las radiografías, que incluyen, entre otros, resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía computarizada (CT), imágenes de perfusión miocárdica y tomografía por emisión de positrones (PET).
Servicios de maternidad			
Servicios médicos: Atención prenatal y posnatal	Copago de \$0 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	No se cobrará nada después del diagnóstico inicial. Proporcionado de acuerdo con las directrices de USPSTF y HRSA.
Atención hospitalaria de maternidad	Parto: Deducible y luego 10 % de coseguro Médico: Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Habitación semiprivada, por ingreso
Salud mental y abuso de sustancias			
Salud mental para pacientes hospitalizados	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Habitación semiprivada, por ingreso
Salud mental ambulatoria	Copago de \$0 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Tratamiento hospitalario para el abuso de sustancias: Rehabilitación	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Habitación semiprivada, por ingreso
Tratamiento hospitalario para el abuso de sustancias: Desintoxicación	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Habitación semiprivada, por ingreso
Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Copago de \$0 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	



Nombre de la cuenta: Mattel Fisher-Price

N.º de cuenta: 22741

Representante de ventas: Nadine Natale

Fecha de entrada en vigor del plan: 1 de enero de 2027

Resumen de beneficios

Nombre del Plan:		Plan Passport Select Option 20	
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red	Información adicional
Suministros y servicios para diabéticos			
Equipos para diabéticos (por ejemplo, glucómetro, etc.)	\$0 de copago	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Insulina y otros agentes orales	\$0 de copago	Deducible y luego 40 % de coseguro	Agentes orales a los costos compartidos correspondientes
Suministros médicos para diabéticos (tiras reactivas, jeringas, etc.)	\$0 de copago	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Servicios de rehabilitación			
Servicios quiroprácticos	Copago de \$50 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Terapias físicas, ocupacionales y del habla	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Hasta 20 visitas por año del contrato combinadas
Rehabilitación cardíaca	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Rehabilitación pulmonar	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Servicios adicionales			
Equipos médicos duraderos	Deducible y luego 50 % de coseguro	Deducible y luego 50 % de coseguro	
Prótesis y aparatos ortopédicos	Deducible y luego 50 % de coseguro	Deducible y luego 50 % de coseguro	
Quimioterapia	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Atención de la salud en el hogar	Deducible y luego 10 % de coseguro	Deducible y luego 40 % de coseguro	Hasta 40 visitas por año del contrato
Recompensas RedShirt	Los miembros cubiertos mayores de 18 años pueden ganar hasta \$30 en recompensas por año del plan al completar acciones relacionadas con la salud.	No está cubierto	
Cobertura de medicamentos con receta			
Plan de medicamentos con receta	\$15/\$30/\$60	No está cubierto	Debe surtir en una farmacia participante. Este plan utiliza el Formulario de Medicamentos con Receta I. El costo compartido, si corresponde, no se aplica a ciertos medicamentos. Visite nuestro sitio web para consultar nuestro formulario.
Medicamentos de mantenimiento	2.5 copagos por un suministro de 3 meses	No está cubierto	Pedido por correo: debe adquirirse en ProAct o Wegmans. Farmacia minorista: debe surtir en una farmacia participante.
Estado de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare	Acreditable*	No corresponde	Para quienes reúnen los requisitos para Medicare, este plan cumple con el nivel estándar de cobertura de medicamentos con receta que determina Medicare.



Nombre de la cuenta: Mattel Fisher-Price

N.º de cuenta: 22741

Representante de ventas: Nadine Natale

Fecha de entrada en vigor del plan: 1 de enero de 2027

Resumen de beneficios

Nombre del Plan:	Plan Passport Select Option 20		
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red	Información adicional
Servicios oftalmológicos			
Examen médico de la vista	Copago de \$50 / visita	Deducible y luego 40 % de coseguro	
Examen de rutina/refracción	Copago de \$0 / visita	No está cubierto	Una vez cada 12 meses
Lentes de plástico estándar	Sencillo: \$50 Bifocales: \$70	No está cubierto	Comuníquese con EyeMed para obtener opciones adicionales al 1-877-842-3348
Monturas	40 % de descuento	No está cubierto	El descuento se basa en el precio de venta minorista
Lentes de contacto convencionales	15 % de descuento	No está cubierto	Solo materiales
Corrección de la visión con láser	15 % de descuento	No está cubierto	El descuento se basa en el precio estándar
Servicios dentales			
Preventivo y de rutina	No está cubierto	No está cubierto	
Atención dental por accidente	En función de los servicios prestados	En función de los servicios prestados	Debe considerarse médicamente necesario
Cobertura para dependientes			
Elegibilidad de dependientes	26	26	Hasta el final del mes del cumpleaños
Notas importantes			
El deducible se determina a partir de las fechas en que Independent Health procesa las reclamaciones, no a partir de la fecha en que se prestaron los servicios. Incorporado: En una póliza individual, se debe alcanzar el límite máximo de deducible/gastos de bolsillo individual antes de que Independent Health reembolse los servicios cubiertos dentro o fuera de la red. En una póliza familiar, una vez que un miembro de la familia alcanza el límite máximo de deducible/gastos de bolsillo individual, dicho límite máximo se considera satisfecho para ese miembro. Sin embargo, los demás miembros de la familia deben cubrir el resto del límite máximo de deducible/gastos de bolsillo familiar antes de que Independent Health proporcione el reembolso por los servicios cubiertos dentro o fuera de la red. No incorporado (familiar estricto): En una póliza individual, se debe alcanzar el límite máximo de deducible/gastos de bolsillo individual antes de que Independent Health reembolse los servicios cubiertos dentro o fuera de la red. En una póliza familiar, se debe alcanzar el límite máximo de deducible/gastos de bolsillo de toda la familia antes de que Independent Health proporcione el reembolso por los servicios cubiertos dentro o fuera de la red. Una persona con una póliza familiar NO se detendrá en el límite máximo de deducible/gastos de bolsillo individual. Fuera de la red (si corresponde): El miembro es responsable de la diferencia entre el importe permitido por Independent Health y el importe facturado por el proveedor no participante. El requisito de PCP se basa en el tipo de plan de beneficios: Tipo de plan POS = PCP requerido o Tipo de plan PPO = PCP opcional Autorización previa para miembros: Determinados servicios y beneficios están sujetos a la autorización previa para miembros. El miembro es responsable de ponerse en contacto con Independent Health para obtener la autorización previa. Hijos (si corresponde): Se aplicará el costo compartido si el miembro es menor de 19 años. Este resumen de beneficios está diseñado para resaltar las prestaciones del plan y NO detalla todos los beneficios, limitaciones y exclusiones. No es un contrato y puede estar sujeto a cambios. Para obtener información más detallada, consulte su Contrato, las Cláusulas adicionales adjuntas (si las hubiera) o el Certificado de Cobertura. Todos los beneficios indicados presuponen que el miembro cuenta con la autorización adecuada para recibir los servicios. Algunos beneficios mencionados en este resumen de beneficios pueden estar pendientes de aprobación por parte de NYS.			