



Brooklyn HealthWorks

Seguro de salud de bajo costo para pequeñas empresas elegibles en Brooklyn.
Brooklyn HealthWorks está asegurado por GHI, una compañía de EmblemHealth, y administrado por la Cámara de Comercio de Brooklyn.

PROGRAMA DE COPAGOS

RESUMEN DE BENEFICIOS

Total

Max

| Servicios para pacientes hospitalizados (incluida la atención de maternidad para pacientes hospitalizados) | | |
|---|--|--|
| Habitación y comida diaria Atención de enfermería general Dietas especiales Diversos servicios y suministros hospitalarios | Copago de \$500 por permanencia continua | Cubiertos en su totalidad |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | | |
| Servicios de diagnóstico y tratamiento Atención de salud en el hogar (después de la hospitalización/cirugía) Cirugía ambulatoria | Copago de \$20 por visita Copago de la instalación de \$75 | Copago de \$20 por visita Copago de la instalación de \$75 |
| Servicios del médico | | |
| Servicios de diagnóstico y tratamiento Servicios de remisión y asesoramiento Servicios de anestesia Segunda opinión quirúrgica Segunda opinión para el cáncer Fisioterapia (después de la hospitalización/cirugía) Servicios quirúrgicos (incluida la reconstrucción del seno después de una mastectomía) | Copago de \$20 por visita 20% o \$200, lo que sea menor | Copago de \$20 por visita Cubiertos en su totalidad |
| Pruebas previas a la admisión | Copago de \$20 | Copago de \$20 |
| Atención de maternidad | | |
| Atención prenatal Atención posnatal Parto Visita domiciliaria | Copago de \$10 por visita (prenatal) Copago de \$10 por visita (posnatal) 20% o \$200, lo que sea menor Sin copago | Copago de \$10 por visita (prenatal) Copago de \$10 por visita (posnatal) Cubiertos en su totalidad Sin copago |
| Atención de la salud preventiva para adultos | | |
| Mamografías Prueba citológica del cuello del útero Pruebas de detección de la próstata Exámenes físicos periódicos Vacunas para adultos | Copago de \$20 por visita | Copago de \$20 por visita |
| Servicios de salud preventivos para niños | | |
| Vacunas de atención primaria y preventiva Consultas médicas del niño sano programadas | Cubiertas en su totalidad Cubiertas en su totalidad | Cubiertas en su totalidad Cubiertas en su totalidad |
| Educación sobre el autocontrol y equipos y suministros para diabéticos | | |
| | Copago de \$20 por visita para la autoeducación Copago de \$20 por cada equipo Copago de \$20 por un suministro para 34 días de insulina, medicamentos antidiabéticos y artículos relacionados | Copago de \$20 por visita para la autoeducación Copago de \$20 por cada equipo Copago de \$20 por un suministro para 34 días de insulina, medicamentos antidiabéticos y artículos relacionados |
| Servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico | Copago de \$20 por visita | Copago de \$20 por visita |
| Servicios de emergencia | Copago de \$50 por visita (no se cobra si la admisión al hospital surge de una visita) | Copago de \$50 por visita (no se cobra si la admisión al hospital surge de una visita) |
| Servicios terapéuticos | | |
| Servicios radiológicos Quimioterapia Diálisis renal | Copago de \$20 por visita | Copago de \$20 por visita |
| Sangre y productos sanguíneos | Copago de \$20 por visita | Copago de \$20 por visita |

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS/PROGRAMA DE COPAGOS DE BROOKLYN HEALTHWORKS (continuación)

Medicamentos recetados

Deducible:

\$100 por persona por año calendario

Copago:

\$10 por medicamento genérico por cada suministro para 34 días

\$20 por medicamento de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y su equivalente genérico por cada suministro para 34 días

Programa de pedido por correo:

\$20 por medicamento genérico por cada suministro para 90 días

\$40 por medicamento de marca por cada suministro para 90 días más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y su equivalente genérico

Máximo beneficio:

\$3,000 por persona por año calendario

Beneficios fuera de la red: NINGUNO

Los servicios fuera de la red no están cubiertos, excepto para la atención hospitalaria de emergencia. No se cubrirá ningún reclamo presentado por un proveedor fuera de la red triestatal de GHI y el suscriptor será responsable de pagar el 100% del reclamo.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Ambulancia, atención dental, equipo médico durable, dispositivos protésicos externos, suministros de ostomía, servicios de salud mental, servicios de infertilidad avanzados, atención quiropráctica, centro de enfermería especializada, terapia del habla, cuidados de hospicio, servicios de farmacodependencia.

PLANES DENTALES Y DE LA VISTA DISPONIBLES SI LOS SOLICITA.

LAS AFECCIONES PREEXISTENTES PUEDEN EXCLUIRSE POR UN PERÍODO DE 12 MESES, COMO MÁXIMO, A PARTIR DE LA INSCRIPCIÓN SIN UN COMPROBANTE DE COBERTURA ACREDITABLE ANTERIOR.

Los beneficios que se describen aquí sólo incluyen los aspectos más destacados de la cobertura disponible. Algunos beneficios pueden tener límites y/o máximos por año calendario. Rigen las condiciones, limitaciones, condiciones y exclusiones del certificado y contrato de seguro.