

Plan New York City Employee PPO (NYCE PPO)

Este documento es un resumen de alto nivel de los beneficios del plan. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD) de NYCE PPO para ver los beneficios completos e información detallada.

		Dentro de la red		Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> Todos los beneficios máximos son por cada año calendario, a menos que se indique lo contrario (del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026). Se pueden aplicar varios copagos por cada visita. Todos los beneficios indicados se aplican a los beneficios médicos, de salud del comportamiento y por consumo de sustancias. 		Proveedores preferidos Disponibles en la zona sur del estado New York (red EmblemHealth Bridge). <ul style="list-style-type: none"> Advantage Care Physicians New York (ACPNY) NYC Health + Hospitals (H+H) Centros solamente: <ul style="list-style-type: none"> Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSK) Hospital for Special Surgery (HSS) 	Proveedores participantes Incluyen la red EmblemHealth Bridge (en los 13 condados de la zona sur del estado), la red nacional Choice Plus de UnitedHealthcare y la red MAPFRE en Puerto Rico.	Proveedores no contratados Usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Deducible por cada año calendario		\$0		\$200 individual/\$500 familiar
Máximo de gastos de su bolsillo en coseguros por cada año calendario		N/C	\$200 por cada persona	\$2,000 por cada persona*
Máximo de gastos de su bolsillo en copagos por cada año calendario (fuera de la red)		N/C	N/C	\$1,250 por cada persona*
Máximo total de gastos de su bolsillo por cada año calendario Incluye deducibles, copagos, coseguros y gastos de farmacia.		\$7,150 individual/\$14,300 familiar Una vez alcanzado el máximo total de gastos de su bolsillo, no tendrá que pagar el costo compartido de miembro durante el resto del año calendario.		Sin límite
Cuidado inmediato				
Ambulancia	Terrestre	Sin cargo - (No hay cobertura para ambulancia terrestre en situaciones que no son de emergencia)		Usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor. (No hay cobertura para ambulancia terrestre en situaciones que no son de emergencia)
	Aérea	Sin cargo		
Sala de emergencias	Centro	\$150 de copago por cada visita (No tiene que pagar el copago si es admitido en un plazo no mayor de 24 horas)		
	Médicos para Emergencias solamente	Sin cargo		
Teladoc Health Visita virtual al consultorio		\$10 de copago por cada visita		N/C
Cuidado de urgencia		H+H: \$25 de copago por cada visita \$50 de copago por cada visita	\$50 de copago por cada visita; \$100 de copago por cada visita para CityMD y ProHealth en los 13 condados de la zona sur del estado solamente	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Servicios en el consultorio médico (Se pueden aplicar varios copagos por cada visita)				
Proveedor de cuidado primario (PCP) Visita al consultorio		Sin cargo	\$15 de copago por cada visita	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Visita al consultorio de un especialista		Sin cargo	\$30 de copago por cada visita	
Clínica de salud sin cita previa		Sin cargo	\$15 de copago por cada visita	
Análisis de laboratorio (incluidos los análisis de alergia) Consultorio médico y laboratorio independiente		Sin cargo	\$20 de copago por cada visita	
Radiografía Consultorio médico y centro de radiología independiente		Sin cargo	\$20 de copago por cada visita	
Estudios por imágenes avanzados Consultorio médico y centro de radiología independiente		H+H: \$25 de copago por cada visita \$50 de copago por cada visita	\$100 de copago por cada visita	
Cirugía Consultorio médico		Sin cargo	Sin cargo	
Inyecciones para la alergia Consultorio médico		Sin cargo	Proveedor de cuidado primario: \$15 de copago por cada visita Especialista: \$30 de copago por cada visita	

* Consulte el Resumen de la Descripción del Plan de NYCE PPO para ver los beneficios completos, información detallada y preautorizaciones, o llame al 212-501-4444 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. No todos los beneficios se aplican a los copagos y coseguros máximos.

		Dentro de la red		Fuera de la red
		Proveedores preferidos	Proveedores participantes	Proveedores no contratados
Servicios para pacientes hospitalizados				
Tarifa del centro hospitalario (por ejemplo, habitación de hospital y todos los servicios para pacientes hospitalizados)		Sin cargo	\$300 de copago por cada admisión hasta \$750 por cada año calendario combinados con cuidado de enfermería especializada.	\$500 de copago por cada admisión hasta \$1,250 por cada año calendario; 20% de coseguro hasta \$2,000 por cada año calendario. Usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Honorarios del médico/cirujano		Sin cargo	Sin cargo	Después de alcanzar el deducible del plan, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor. Debe llamar al 212-501-4444 (TTY: 711) para obtener una preautorización. Si no obtiene una preautorización, los beneficios se podrían reducir en \$250 por cada día hasta un máximo de \$500 del costo total del servicio solamente para servicios fuera de la red.
Cuidado de enfermería especializada		Sin cargo	\$300 de copago por cada admisión hasta \$750 por cada año calendario combinados con servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	\$500 de copago por cada admisión hasta \$1,250 por cada año calendario; 20% de coseguro hasta \$2,000 por cada año calendario. Usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Servicios para pacientes ambulatorios (Se pueden aplicar varios copagos por cada visita)				
Análisis de laboratorio Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Centro	Sin cargo	\$20 de copago por cada visita	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Radiografías Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Centro	Sin cargo	\$20 de copago por cada visita	
Estudios por imágenes avanzados Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Centro	\$25 de copago por cada visita (H+H) \$50 de copago por cada visita (también incluye Radnet y Zwanger en la zona sur del estado de New York)	\$100 de copago por cada visita	
Cirugía Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria	Centro	Sin cargo	20% de coseguro — sin exceder el máximo combinado de gastos de su bolsillo en coseguros de \$200 en un año calendario.	\$500 de copago por cada visita — sin exceder el máximo combinado de gastos de su bolsillo en copagos de \$1,250 en un año calendario. 20% de coseguro — sin exceder el máximo combinado de gastos de su bolsillo en coseguros de \$2,000 en un año calendario. Usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
	Médico	Sin cargo	Sin cargo	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.

* Consulte el Resumen de la Descripción del Plan de NYCE PPO para ver los beneficios completos, información detallada y preautorizaciones, o llame al **212-501-4444** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. No todos los beneficios se aplican a los copagos y coseguros máximos.

	Dentro de la red		Fuera de la red
	Proveedores preferidos	Proveedores participantes	Proveedores no contratados
Servicios para el cuidado de la salud a domicilio			
Cuidado de asistencia médica a domicilio	Sin cargo	Sin cargo	\$50 de copago por cada episodio 20% de coseguro — Usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor. No se aplican límites de copagos ni de coseguros.
Servicios de enfermería privada	Sin cargo	Sin cargo	\$250 de deducible aparte por cada año calendario/20% de coseguro. Después de alcanzar el deducible aparte, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor. No se aplican límites de coseguros.
Cuidados para enfermos terminales A domicilio y para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cargo	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Equipos y suministros			
Equipo médico duradero (DME) Equipo Médico Duradero combinado con prótesis	\$100 de deducible aparte por cada año calendario		\$100 de deducible aparte por cada año calendario. Después de alcanzar el deducible aparte, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Equipos y suministros para la diabetes	Sin cargo	Sin cargo	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Cuidado preventivo			
Cuidado preventivo	Sin cargo	Sin cargo	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y manipulación quiropráctica			
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Sin cargo	\$20 de copago por cada visita	Después de alcanzar el deducible, usted paga la diferencia entre la asignación del plan y la tarifa del proveedor.
Manipulaciones (quiropáticas)	Sin cargo	\$15 de copago por cada visita	

Beneficios y comentarios adicionales

- Cobertura para la infertilidad, 3 ciclos de por vida del máximo de fecundación in vitro.
- Los servicios en un país fuera de los Estados Unidos están cubiertos al nivel de beneficios fuera de la red.
- El manejo del dolor está excluido en consultorios y centros para pacientes ambulatorios fuera de la red.
- Los Centros de Excelencia de los Recursos de Trasplante de Optum están disponibles al nivel de beneficios de proveedores participantes dentro de la red.
- Los Servicios de Recursos Bariátricos de Optum están disponibles al nivel de beneficios de proveedores participantes dentro de la red.

* Consulte el Resumen de la Descripción del Plan de NYCE PPO para ver los beneficios completos, información detallada y preautorizaciones, o llame al 212-501-4444 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. No todos los beneficios se aplican a los copagos y coseguros máximos.

Esto es para su conocimiento solamente. No es un consejo médico y no se debe sustituir por una consulta regular con su proveedor de cuidado de la salud. Si tiene alguna inquietud sobre su salud, comuníquese con el consultorio de su proveedor de cuidado de la salud. Además, esta información no pretende implicar que los servicios o tratamientos descritos aquí son beneficios cubiertos por su plan. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura, Resumen de la Descripción del Plan u otros documentos del plan para obtener información específica sobre su cobertura de beneficios.

© 2026 EmblemHealth. Todos los derechos reservados. © 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. UMC0370-SP 0226 UA



Cobertura de medicamentos con beneficios básicos y cláusula adicional opcional

Los medicamentos con receta son proporcionados a través de NYCE PPO

	Farmacia minorista	Entrega a domicilio
Beneficio básico — Para la diabetes y exigido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)	Se puede obtener un suministro en una farmacia minorista de 90 días en Walgreens/Duane Reade. Insulina: \$0 Suministros para la diabetes solamente: Genéricos \$5, de marca \$15 Medicamentos para la abstinencia de opioides: Nivel 1: 20% de coseguro con \$5 de cargo mínimo. Nivel 2: 40% de coseguro con \$25 de cargo mínimo. Nivel 3: 50% de coseguro con \$40 de cargo mínimo. Los medicamentos con receta exigidos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio están cubiertos a \$0	Se puede obtener un suministro por correo de 90 días a través de Amazon Pharmacy, 844-536-4074 (TTY: 711). Entrega a domicilio: Suministro de 90 días Suministros para la diabetes solamente: Genéricos \$12.50, de marca \$37.50 Medicamentos para la abstinencia de opioides: Nivel 1: 20% de coseguro con \$5 de cargo mínimo. Nivel 2: 40% de coseguro con \$25 de cargo mínimo. Nivel 3: 50% de coseguro con \$40 de cargo mínimo. Los medicamentos con receta exigidos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio están cubiertos a \$0
Medicamentos genéricos de la cláusula adicional opcional de medicamentos (Nivel 1)	Se puede obtener un suministro en una farmacia minorista de 90 días en Walgreens/Duane Reade. Suministro de 30 días — 2 resurtidos 20% de coseguro con un cargo mínimo de \$5 o el costo real, si es menor.	Se puede obtener un suministro por correo de 90 días a través de Amazon Pharmacy, 844-536-4074 (TTY: 711). Entrega a domicilio: Suministro de 90 días — \$12.50 de copago. Las recetas no se surtirán en una farmacia minorista después de 2 resurtidos.
Medicamentos de marca preferidos de la cláusula adicional opcional de medicamentos (Nivel 2)*	Se puede obtener un suministro en una farmacia minorista de 90 días en Walgreens/Duane Reade. Suministro de 30 días — 2 resurtidos 40% de coseguro con un cargo mínimo de \$25 o el costo real, si es menor.	Se puede obtener un suministro por correo de 90 días a través de Amazon Pharmacy, 844-536-4074 (TTY: 711). Entrega a domicilio: Suministro de 90 días — \$50 de copago. Las recetas no se surtirán en una farmacia minorista después de 2 resurtidos.
Medicamentos de marca no preferidos de la cláusula adicional opcional de medicamentos (Nivel 3)*	Se puede obtener un suministro en una farmacia minorista de 90 días en Walgreens/Duane Reade. Suministro de 30 días — 2 resurtidos 50% de coseguro con un cargo mínimo de \$40 o el costo real, si es menor.	Se puede obtener un suministro por correo de 90 días a través de Amazon Pharmacy, 844-536-4074 (TTY: 711). Entrega a domicilio: Suministro de 90 días — \$75 de copago. Las recetas no se surtirán en una farmacia minorista después de 2 resurtidos.
Medicamentos de especialidad* Deben ser surtidos por una farmacia especializada	Cubiertos (el costo se basa en las categorías anteriores).	Debe llamar a Prime Therapeutics (Rx) 833-998-5430 (TTY: 711) para obtener una preautorización.

El costo compartido solo se aplicará al máximo total de gastos de su bolsillo.

*Se requiere preautorización para ciertos medicamentos de marca. Para medicamentos de especialidad solamente: Deben ser surtidos por una farmacia especializada. Para obtener los medicamentos de especialidad del "Programa PICA", consulte el Resumen de la Descripción del Plan (SPD).

Consulte el Resumen de la Descripción del Plan de NYCE PPO para ver los beneficios completos, información detallada y preautorizaciones, o llame al **212-501-4444** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes.

EIWI26MP0374074_000
02/2026

Esto es para su conocimiento solamente. No es un consejo médico y no se debe sustituir por una consulta regular con su proveedor de cuidado de la salud. Si tiene alguna inquietud sobre su salud, comuníquese con el consultorio de su proveedor de cuidado de la salud. Además, esta información no pretende implicar que los servicios o tratamientos descritos aquí son beneficios cubiertos por su plan. Consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura, Resumen de la Descripción del Plan u otros documentos del plan para obtener información específica sobre su cobertura de beneficios.

© 2026 EmblemHealth. Todos los derechos reservados. © 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. UMC0370-SP 0226 UA

EMB_MB_FLY_70481_Benefit Grid_9-25 10-11976SP

