

Nombre del empleador:		Goldwater Care		
Estado del empleador:		IL		
Nombre del emisor:		Allied		
Nombre comercial del plan:		\$5000 HDHP HSA		
Año del plan:		1/1/25 - 1/1/26		
Diez (10) categorías de beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefit, EHB):				
- Servicios ambulatorios para pacientes (atención ambulatoria que recibe sin ser admitido en un hospital)				
- Servicios de emergencia				
- Hospitalización (como cirugía y pernoctaciones)				
- Servicios de laboratorio				
- Servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias (mental health and substance use disorder, MH/SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye asesoramiento y psicoterapia)				
- Servicios pediátricos, incluida la atención dental y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales)				
- Embarazo, maternidad y atención del recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)				
- Medicamentos recetados				
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas				
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar sus habilidades mentales y físicas)				
Listado de EHB de Illinois 2020-2025 (P. A. 102-0630)				¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
Artículo	Beneficio de EHB	Categoría de EHB	Página de referencia N.º de referencia	
1	Lesión accidental - Dental	Ambulatorio	Págs. 10 y 17	Si
2	Inyecciones y pruebas de alergia	Ambulatorio	Pág. 11	Si
3	Audífonos osteointegrados	Ambulatorio	Págs. 17 y 35	Si, parcialmente. Este plan solo cubre audífonos de implante óseo.
4	Equipo médico duradero	Ambulatorio	Pág. 13	Si
5	Hospicio	Ambulatorio	Pág. 28	Si
6	Tratamiento de infertilidad (fertilidad)	Ambulatorio	Págs. 23 y 24	No
7	Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Ambulatorio	Pág. 21	Si
8	Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios)	Ambulatorio	Págs. 15 y 16	Si
9	Enfermería privada	Ambulatorio	Págs. 17 y 34	Si, parcialmente. La cobertura de este plan incluye límites de frecuencia que no se incluyen en el Plan Benchmark.
10	Prótesis/órtesis	Ambulatorio	Pág. 13	Si
11	Esterilización (vasectomía - hombres)	Ambulatorio	Pág. 10	Si
12	Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)	Ambulatorio	Págs. 13 y 24	Si, parcialmente. La cobertura de este plan está limitada a un determinado monto de dinero.
13	Servicios de sala de emergencia (Incluye emergencia por MH/SUD)	Servicios de emergencia	Pág. 7	Si
14	Transporte de emergencia/ambulancia	Servicios de emergencia	Págs. 4 y 17	Si, parcialmente. La cobertura de este plan es menor que la del Plan Benchmark.
15	Cirugía bariátrica (obesidad)	Hospitalización	Pág. 21	No
16	Reconstrucción mamaria después de mastectomía	Hospitalización	Págs. 24 y 25	Si
17	Cirugía reconstructiva	Hospitalización	Págs. 25, 26 y 35	Si
18	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (p. ej., estadía en el hospital)	Hospitalización	Pág. 15	Si, parcialmente. La cobertura de este plan no superará la tarifa de las habitaciones semiprivadas.
19	Centro de enfermería especializada	Hospitalización	Pág. 21	Si, parcialmente. La cobertura de este plan incluye límites de frecuencia que no se incluyen en el Plan Benchmark.
20	Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (incluye el transporte y alojamiento)	Hospitalización	Págs. 18 y 31	Si, parcialmente. La cobertura de este plan incluye límites que no se incluyen en el Plan Benchmark.
21	Servicios diagnósticos	Servicios de laboratorio	Págs. 6 y 12	Si
22	Agente de reversión de opioides intranasal asociado con recetas de opioides	MH/SUD	Pág. 32	Si
23	Tratamiento de salud mental (del comportamiento) (incluido el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 8 y 9, 21	Si
24	Tratamiento asistido médicamente por opioides (medically assisted treatment, MAT)	MH/SUD	Pág. 21	Si
25	Trastornos por uso de sustancias (SUD) (incluido el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 9 y 21	Si
26	Telepsiquiatría	MH/SUD	Pág. 11	Si
27	Medicamentos antiinflamatorios tópicos para el dolor agudo y crónico	MH/SUD	Pág. 32	Si
28	Atención dental pediátrica	Cuidado dental y de la vista pediátrico	Ver el documento dental pediátrico de AllKids	No
29	Cobertura de la vista pediátrica	Cuidado dental y de la vista pediátrico	Págs. 26 y 27	Si, parcialmente. La cobertura de este plan es solo para exámenes de la vista. No incluye marcos, cristales o lentes de contacto como se proporciona en el Plan Benchmark.
30	Servicio de maternidad	Embarazo, maternidad y cuidado del recién nacido	Págs. 8 y 22	Si
31	Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Medicamentos recetados	Págs. 29 y 34	Si
32	Examen y detección del cáncer colorrectal	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Si
33	Anticonceptivos/servicios de control de la natalidad	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 13 y 16	Si
34	Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 11 y 35	Si
35	Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 31 y 32	Si
36	Mamografía - Detección	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12, 15 y 24	Si
37	Osteoporosis - Medición de la masa ósea	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Si
38	Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba de control del cáncer de ovario	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 16	Si
39	Servicios de atención preventiva	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 18	Si
40	Esterilización (mujeres)	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 10 y 19	Si
41	Manipulación quiropráctica y osteopática	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 12 y 13	Si, parcialmente. Este plan cubre menos visitas que el Plan Benchmark.
42	Servicios de habilitación y rehabilitación	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 8, 9, 11, 12, 22, y 35	Si, parcialmente. La cobertura de este plan es menor que la del Plan Benchmark.

Nota especial: Bajo pub. Ley 102-0104, en vigor. 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente que sea clínicamente apropiado y médicamente necesario para ser prestado a través de servicios de telesalud debe estar cubierto de la misma manera que cuando se brindan en persona.