

# UNM Hospitals Red Extended Resumen de Beneficios



**El presente es solamente un resumen** que enumera los deducibles, los máximos en efectivo, los montos de copago y coaseguro, y además, ofrece una breve descripción de los beneficios de la Red Extended de UNM Hospitals.

Beneficios de la Red Extended de UNM Hospitals	Participación del miembro en los cargos cubiertos		
	Servicios dentro de la red		Servicios fuera de la red *
	Red Standard	Red Extended	
Deducible por año de calendario	Ninguno		\$1,500 \$3,000 tarifa agregada por grupo familiar
Máximo en efectivo por año de calendario (incluye sólo los copagos y el coaseguro. NO incluye deducible; pagos de beneficios de medicamentos, salud mental o dependencia química; cargos no cubiertos; o montos de la multa. Los montos dentro y fuera de la red no se aplican en forma cruzada.)	\$5,000 por persona	\$7,500 por persona	\$10,000 por persona
Límites de pago de beneficios anuales y de por vida	\$2,000,000 por miembro por año de calendario y un máximo de pago de beneficios de por vida de \$5,000,000 por miembro		
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (PCP) y del obstetra/ginecólogo (OB/GYN)	\$25 por visita	\$40 por visita	40%*
Visita al consultorio del médico especialista	\$35 por visita	\$55 por visita	40%*
Cirugías en el consultorio médico (incluye yesos, férulas, y apósitos)	\$25 por visita (\$35 por visita a un especialista)	\$40 por visita (\$55 por visita a un especialista)	40%*
Visitas de maternidad, posparto y prenatal	\$25 sólo por visita inicial (\$35 por visita a un especialista)	\$40 sólo por visita inicial (\$55 por visita a un especialista)	40%*
Pruebas de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas, otros exámenes de diagnóstico	Copago de \$0 (se incluye en la visita al consultorio médico)	Copago de \$0 (se incluye en la visita al consultorio médico)	40%*
Inyecciones para alergias, suero; inyecciones terapéuticas	Copago de \$0 (se incluye en la visita al consultorio médico)	Copago de \$0 (se incluye en la visita al consultorio médico)	No hay beneficios
Exámenes para la alergia	\$35 por visita	\$55 por visita	No hay beneficios
Servicios de atención preventiva Exámenes físicos y para el bienestar de adultos	\$25 por visita (\$35 por visita a un especialista)	\$40 por visita (\$55 por visita a un especialista)	No hay beneficios
Atención preventiva para niños, vacunas, mamografía, papanicolaous	\$25 por visita (\$35 por visita a un especialista)	\$40 por visita (\$55 por visita a un especialista)	
Exámenes oftalmológicos y auditivos (sólo hasta los 17 años de edad)	Copago de \$0 (se incluye en la visita al consultorio médico)	Copago de \$0 (se incluye en la visita al consultorio médico)	
Acupuntura (máx. 20 visitas por año)	\$35 por visita	\$55 por visita	No hay beneficios
Servicios quiroprácticos **	\$35 por visita	\$55 por visita	No hay beneficios
Ambulancia: transporte terrestre y aéreo en caso de emergencia	Transporte terrestre \$75 o aéreo \$125		
Tratamiento en la sala de emergencias	\$200 por visita (no se cobra en caso de hospitalización)	\$300 por visita (no se cobra en caso de hospitalización)	40%*
Centro de sala de urgencias	\$75 por visita	\$75 por visita	40%*
Atención médica domiciliaria/Servicios domiciliarios de tratamiento intravenoso (máx. 100 visitas por año) **	\$25 por visita	\$40 por visita	40%*
Servicios de hospicio (máximo en vida \$10,000; incluye hasta 7 días de atención de relevo) **	Copago de \$0	Copago de \$0	40%*
<b>Servicios para pacientes hospitalizados **</b> (Consulte "Centro de enfermería especializada" para informarse sobre admisiones en un centro de enfermería especializada. Consulte "Servicios psicoterapéuticos" para informarse sobre tratamientos para pacientes hospitalizados relacionados con la salud mental o la dependencia química. Consulte "Servicios de trasplante," si corresponde.)			
Habitación, comida, y servicios auxiliares cubiertos para atención médica/quirúrgica y de maternidad	\$200 por admisión (sin cargo por servicios médicos para pacientes hospitalizados)	\$600 por admisión (sin cargo por servicios médicos para pacientes hospitalizados)	40%*
Centro de enfermería especializada (máx. 60 días de por vida) **	Copago de \$0	Copago de \$0	40%*
Cirugía (Centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	Copago de \$100	Copago de \$200	40%*
Sala de observación (no es lo mismo que la sala de emergencias)	Copago de \$0	Copago de \$0	40%*

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Beneficios de la Red Extended de UNM Hospitals	Participación del miembro en los cargos cubiertos		
	Servicios dentro de la red		Servicios fuera de la red*
	Red Standard	Red Extended	
Pruebas de laboratorio, radiografías, y otros exámenes de diagnóstico Colonoscopia Tomografía por emisión de positrones tomografía computarizada** Imagen de resonancia magnética (MRI)	\$0 Copago de \$100 Copago de \$0 Copago de \$100 Copago de \$150	\$0 Copago de \$200 Copago de \$0 Copago de \$200 Copago de \$300	40%*
Servicios psicoterapéuticos: pacientes hospitalizados ** Salud mental  Dependencia química, abuso de alcohol y sustancias (hasta 30 días por año; 60 días de por vida para la rehabilitación)	\$200 por admisión para recibir atención de salud mental (sin cargo por servicios médicos) 30% por desintoxicación; 25% por rehabilitación	\$600 por admisión para recibir atención de salud mental (sin cargo por servicios médicos) 30% por desintoxicación; 25% por rehabilitación	40% por salud mental * 50% por desintoxicación * Rehabilitación: no hay beneficios
Servicios psicoterapéuticos: pacientes hospitalizados ** Salud mental Dependencia química, abuso de alcohol y sustancias (hasta 30 días por año; 60 días de por vida para la rehabilitación)	\$35 por visita para recibir servicios de salud mental 30% por desintoxicación; 25% por rehabilitación	\$55 por visita para recibir servicios de salud mental 30% por desintoxicación; 25% por rehabilitación	40% por salud mental * 50% por desintoxicación * Rehabilitación: no hay beneficios
Servicios para el tratamiento de la infertilidad, incluidos medicamentos e inyecciones (máximo en vida de 12 intentos por empleado o cónyuge) **	50%	No hay beneficios	No hay beneficios
Insumos médicos, equipo médico duradero, prótesis, ortesis **	20%	20%	40%*
Asesoramiento para dejar de fumar (un total de 90 minutos o 2 sesiones de grupo por año calendario)	\$25 por visita al PCP \$35 por visita a un especialista	\$40 por visita al PCP \$55 por visita a un especialista	No hay beneficios
Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ), accidentes odontológicos, cirugía oral	Copagos habituales basados en el tipo de servicio y el lugar de tratamiento		40%*
Fisioterapia, terapia del lenguaje, y terapia ocupacional**	\$35 por visita	\$55 por visita	40%*
Centro de tratamiento para pacientes ambulatorios, otra terapia: Quimioterapia, radioterapia, terapia de inhalación Diálisis	Sin cargo 20%	Sin cargo 20%	40%*
Servicios de trasplante ** (deben prestarse en un centro que tenga contrato con un proveedor de la Red Standard la Red Extended por el trasplante que se recibe, incluyendo un centro de la red nacional de trasplantes)	Córnea, riñón, médula ósea, corazón, corazón/pulmón, hígado, pulmón y páncreas/riñón (Máx. dos trasplantes de por vida. Máx. \$5,000 por trasplante para gastos de alojamiento y comida, y \$5,000 por trasplante para gastos de viaje.)		Copagos habituales basados en el lugar de tratamiento y el tipo de servicio  No hay beneficios

**Medicamentos recetados, insulina, insumos para diabéticos, productos de nutrición enteral, alimentos médicos especiales, y tratamientos para dejar de fumar**

<p>Nota: El deducible y los copagos no se aplican al límite de gastos en efectivo ni dejan de cobrarse una vez que se alcanza el límite. Ciertos medicamentos, productos de nutrición, alimentos médicos especiales, y medicamentos inyectables requieren aprobación previa. Los medicamentos cubiertos y otros artículos deben comprarse en una farmacia que participe en los programas de Farmacia de Venta al Público, Farmacia Especializada o Servicio de Pedido por Correo. (BCBSNM tiene contrato con un programa aparte para administrar los beneficios de medicamentos recetados.)</p>	<b>Plan de medicamentos recetados</b>	Venta al público 30 días	Pedido por correo 90 días
	Medicamento genérico	\$10	\$20
	Medicamento de marca (medicamento genérico no está disponible): incluido en nuestra lista de medicamentos	\$35	\$70
	Medicamento: no incluido en nuestra lista de medicamentos (medicamento de marca con un medicamento genérico equivalente disponible)	\$60	\$120
	Medicamentos especializados (es posible que requieran autorización previa; no se aplica el pedido por Correo)	20% o \$250, la cantidad que sea menor	
	Productos de nutrición enteral y alimentos médicos especiales de venta libre (se requiere autorización previa)	20%	

\* Participación del miembro de los servicios cubiertos fuera de la red después de alcanzar el deducible. El miembro también paga la diferencia entre el cargo cubierto, según lo determinado por el administrador de reclamos, y el cargo facturado por el proveedor.

\*\* Estos servicios requieren una autorización previa de BCBSNM (o Mesa Mental Health); de lo contrario, se reducirán o rechazarán los beneficios. Consulte un folleto de beneficios para obtener información sobre las limitaciones y los requisitos completos.

Nota: Los miembros de la Red Extended tienen acceso a la Red HMO en todo el estado, sujetos a las disposiciones del plan normal (requisitos de autorización previa, etc.). Sin embargo, al utilizar proveedores afiliados a la Red Standard, es posible que sus gastos en efectivo sean menores. No necesita una referencia de su PCP para recibir los beneficios en el nivel de cobertura de la Red Extended o la Red Standard. Podrá visitar cualquier proveedor de la Red Standard y recibir los beneficios de la Red Standard por servicios cubiertos. Si decide visitar a un proveedor que no sea miembro de la Red Standard, pero que es miembro de la red de BCBSNM (Red Extended), recibirá los beneficios de la Red Extended por servicios cubiertos. Si elige un proveedor que no pertenece a ninguna red, recibirá los beneficios fuera de la red por servicios cubiertos. Sin embargo, primero deberá alcanzar un deducible y pagar un porcentaje de cargos cubiertos (algunas excepciones, como para la atención de emergencia, se explican en el folleto de beneficios del miembro). Los proveedores fuera de la red podrán facturarle montos que excedan el cargo cubierto. Algunas veces este monto puede ser considerable, y no se aplica a su límite en efectivo. Además, algunos beneficios sólo están disponibles si son prestados por proveedores de la red (ya sea Extended o Standard).

Nota: BCBSNM brinda sólo servicios de pago por reclamos administrativos y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a los reclamos, exceptuando lo que pudiera especificarse en el contrato de servicios administrativos.