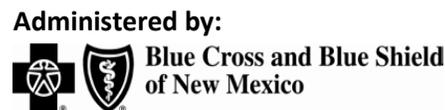


# Albuquerque Public Schools

## Aspectos destacados del plan – 2024



Enumera los copagos, el deducible, los porcentajes de coseguro de los miembros, los límites de desembolso personal y proporciona una breve descripción de los beneficios del Plan Médico de las Escuelas Públicas de Albuquerque.

Beneficios del plan PPO	Participación del miembro en los cargos cubiertos	
	A Escala Nacional Proveedor PPO <sup>1</sup>	Proveedor fuera de la red que no es PPO <sup>1</sup>
No existe un beneficio máximo de por vida. Sin embargo, ciertos servicios tienen límites máximos anuales. Vea abajo.		
<b>Deducible anual<sup>1</sup></b> El deducible no se aplica a servicios con copagos o "Sin Cargo".	\$1,000/Individual \$2,000/Dos Personas \$2,500/Familia	\$5,000/Individual \$10,000/Dos Personas \$15,000/Familia
<b>Límite anual de gastos de bolsillo</b> Incluye deducible, coseguro y copagos; NO medicamentos recetados, multas ni cargos no cubiertos. <sup>2</sup>	\$5,000/Individual \$10,000/Dos Personas \$12,500/Familia	\$8,500/Individual \$14,875/Dos Personas \$21,250/Familia
<b>Coseguro</b>	20%	50%
<b>Médico de atención primaria (PCP)</b> Visita al consultorio/examen y visita inicial al consultorio para diagnosticar el embarazo; Telesalud/Telemedicina	\$30 de copago/visita	50%
Visita Virtual – (proveedores MDLIVE)	Sin Cargo	No Cubierto
Pruebas y tratamiento de COVID-19	Según el lugar de tratamiento y el tipo de servicio	
Maternidad (visita inicial al consultorio, gastos de parto prenatal, posnatal y obstetricia) Consulte la página siguiente para conocer los beneficios hospitalarios.	\$60 de copago/visita	50%
Salud Mental y Dependencia Química (MH/CD) (ambulatorio/consultorio); Telesalud/Telemedicina	Sin Cargo	50%
Visita Virtual (MH/CD) – (Proveedores de MDLIVE)	Sin Cargo	No Cubierto
Visita al consultorio del especialista y visita inicial al consultorio para diagnosticar el embarazo; Telesalud/Telemedicina	\$60 de copago/visita	50%
Cirugía en el consultorio (incluidos yesos, férulas y vendajes)	Copago de visita al consultorio	50%
Visitas al consultorio de alergias, pruebas, tratamiento Preparación de extractos antialérgicos, suero antialérgico e inyecciones antialérgicas	\$60 de copago/visita \$10 de copago/visita	50%
Inyección terapéutica (facturada sin visita al consultorio)	Sin Cargo	50%
<b>Servicios Preventivos</b> Exámenes físicos y ginecológicos de rutina para adultos, atención de bienestar infantil; Exámenes de visión o audición de rutina, pruebas relacionadas (incluye pruebas de Papanicolaou de rutina, pruebas de colesterol, análisis de orina, etc.), colonoscopias, vacunas; Asesoramiento para dejar de fumar/tabaco	Sin Cargo (sin deducible)	50%  (Asesoramiento para dejar de fumar/tabaco – No cubierto)
<b>Acupuntura, quiropráctica, masoterapia y Rolfing</b> (máximo 25 visitas/año; todos los servicios combinados)	\$30 de copago/visita	50%
<b>Servicios de Ambulancia</b> Transporte terrestre y aéreo de emergencia <sup>4</sup> (debe ser médicamente necesario)	20% <sup>4</sup> (sujeto al deducible del proveedor Nationwide PPO)	
<b>Desórdenes del espectro autista</b> Análisis conductual aplicado <sup>4</sup> Terapia ocupacional, física y del habla	Sin Cargo	50%
<b>Biorretroalimentación (solo para servicios específicos)</b>	\$60 de copago/visita	50%
<b>Rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>	\$0 de copago/visita	50%
<b>Servicios de accidentes dentales/faciales, cirugía bucal y ATM/CMJ<sup>4</sup></b>	20%	50%
<b>Suministros para diabéticos</b>	Sin Cargo	50%
<b>Tratamiento en la sala de emergencias</b>	\$450 copago	\$450 copago <sup>3</sup>
<b>Audifonos, moldes para oídos, adaptación y dispensación</b> (solo para dependientes menores de 21 años)	Sin cargo hasta \$2,200/36 meses	50%
<b>Visita de oficina</b>	\$60 de copago/visita	
<b>Atención médica domiciliaria/I.V. domiciliaria Servicios</b> (Nivel máximo de proveedor no PPO: 120 visitas/año)	\$60 de copago/visita	50%
<b>Servicios de hospicio</b> (Duelo/3 sesiones. Cuidados de relevo (5 días consecutivos por cada 60 días de cuidados paliativos; no se permiten más de dos estadías de relevo) <sup>4,5</sup>	20%	50%

\*Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico u otro proveedor profesional en una de las siguientes categorías de práctica: medicina familiar o general, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología y ginecología únicamente. Un "PPP" es un proveedor primario preferido en la red de proveedores PPO.

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

<b>Beneficios del plan PPO</b> No existe un beneficio máximo de por vida. Sin embargo, ciertos servicios tienen límites máximos anuales. Vea abajo.	<b>Participación del miembro en los cargos cubiertos</b>	
	<b>A Escala Nacional Proveedor PPO<sup>1</sup></b>	<b>Proveedor fuera de la red que no es PPO<sup>1</sup></b>
<b>Infertilidad</b> (servicios de pruebas para identificar el diagnóstico médico)	Basado en el lugar de servicio	50%
<b>Laboratorio, rayos X y otras pruebas de diagnóstico básicas</b>	\$30 copago/día	50%
<b>Resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones (PET)</b>		
Centro de imágenes independiente	\$120 copago/día <sup>4</sup>	50% <sup>4</sup>
Hospital	20% <sup>4</sup>	50% <sup>4</sup>
<b>Servicios hospitalarios/de instalaciones para pacientes internados</b>		
Alojamiento y comida, y servicios auxiliares cubiertos para: servicios médicos/quirúrgicos, rehabilitación para pacientes hospitalizados y relacionados con la maternidad y el parto	20% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>
Salud Mental/Dependencia Química (incluida la Hospitalización Parcial); Centro de Tratamiento Residencial (RTC) – Salud Mental/Dependencia Química (MH/CD)	Sin Cargo <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>
<b>Servicios de maternidad</b>		
Atención de rutina de enfermería/pediatra para recién nacidos cubiertos: centro	Sin cargo (todos los cargos cubiertos según los reclamos de la madre) <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>
Estancia prolongada del recién nacido	20% <sup>5</sup>	50% <sup>5</sup>
<b>Centro para pacientes ambulatorios/cirujano/médico</b> (incluidos procedimientos quirúrgicos relacionados con el embarazo y la planificación familiar)	20%	50%
<b>Medicamentos recetados, productos nutricionales enterales, alimentos médicos especiales, dejar de fumar/tabaco</b>	Para obtener más información, consulte el Resumen de beneficios de Express Scripts o llame a Express Scripts al 1-866-563-9297	
<b>Rehabilitación a corto plazo</b> Terapia Ocupacional, Física y del Habla; Rehabilitación para pacientes ambulatorios/en consultorio (máximo <b>60 visitas</b> por afección/año, combinadas para proveedores dentro y fuera de la red)	Copago de \$30/visita hasta un máximo anual de \$480	50%
<b>Centro de enfermería especializada</b> (máximo <b>60 días</b> por año, combinado para proveedores dentro y fuera de la red) <sup>5</sup>	20%	50%
<b>Estudios del sueño (paciente hospitalizado y laboratorio del sueño)<sup>4,5</sup></b>	20%	50%
<b>Suministros, equipo médico duradero, prótesis y aparatos ortopédicos<sup>4</sup></b> (es posible que se requiera autorización previa)	20% <sup>6</sup> (sin deducible)	50% <sup>6</sup>
<b>Terapia: quimioterapia, diálisis y radiación.</b>	20%	50%
<b>Servicios de trasplante</b> (Deben recibirse en un centro que tenga contrato con BCBSNM o con la red nacional de trasplantes de BCBS <sup>4,5</sup> ).		
Córnea, Riñón, Médula Ósea	Según lugar de tratamiento y tipo de servicio <sup>4,5</sup>	
Corazón, Corazón-Pulmón, Hígado, Pulmón y Páncreas-Riñón	20% <sup>4,5</sup>	No Cubierto
<b>Centro de atención de urgencia</b>	\$75 copago/visita	\$75 copago/visita <sup>3</sup>

**Notas a pie de página:**

<sup>1</sup> El deducible debe alcanzarse antes de realizar los pagos de beneficios por servicios con coseguro. Los montos deducibles no se aplican de forma cruzada entre los niveles de proveedores PPO y no PPO.

<sup>2</sup> Después de que un miembro alcanza el límite de desembolso aplicable, el plan APS paga el 100 por ciento de la mayoría de los cargos cubiertos del proveedor PPO o no PPO de ese miembro, lo que corresponda. Los montos de desembolso personal no se aplican de forma cruzada entre los niveles de proveedor PPO y no PPO.

<sup>3</sup> El tratamiento inicial de una emergencia médica o visita de atención de urgencia se paga a nivel de Proveedor PPO. El tratamiento de seguimiento y el tratamiento que no sea para una emergencia o necesidad de atención urgente se paga a nivel de proveedor no PPO).

<sup>4</sup> Ciertos servicios no están cubiertos si no se obtiene la autorización previa de BCBSNM. Consulte el Folleto de beneficios del miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

<sup>5</sup> Se requiere autorización previa para las admisiones de pacientes hospitalizados. Consulte el Folleto de beneficios para miembros para obtener más detalles.

<sup>6</sup> Los beneficios de alquiler de equipos médicos y otros artículos no excederán el precio de compra de una unidad nueva.

**Importante:** Los montos deducibles y los porcentajes de coseguro se aplican a los cargos cubiertos de BCBSNM, que pueden ser menores que los cargos facturados por el proveedor. Los proveedores de PPO no le cobrarán la diferencia entre el cargo cubierto y el cargo facturado por los servicios cubiertos; Los proveedores que no son PPO pueden.

**Nota:** El plan médico de APS es un plan autofinanciado. BCBSNM proporciona pago de reclamos administrativos únicamente y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a los reclamos, excepto como se especifica en el Acuerdo de Servicios Administrativos.

**This is a summary only – please refer to the Summary of Benefits and Coverage (SBC) document and Benefit Booklet for more details.**