

UNM Hospitals (UNMH)

PPO Plan

Resumen de Beneficios

Administrada por:



Este es solo un resumen que enumera los montos del deducible, el desembolso máximo, el copago y el coseguro, y proporciona una breve descripción de los beneficios del Plan PPO de UNM Hospitals.

Beneficios del plan PPO de UNM Hospitals	Participación del miembro en los cargos cubiertos	
	Red de proveedores preferidos (servicios dentro de la red)	Servicios Fuera de la Red*
Deducible por año calendario	\$750 (\$1,500 Familia)	\$2,250 (\$4,500 Familia)
Desembolso máximo por año calendario (Incluye copagos, deducible y coseguro únicamente. NO incluye cargos por medicamentos, cargos no cubiertos ni montos de multa. Los montos dentro y fuera de la red no se aplican de forma cruzada).	\$5,000 por Individual \$10,000 por Familia	\$10,000 por Individual
Servicios de oficina (no rutinarios)		
Proveedor primario preferido* Visita al consultorio/examen y visita inicial al consultorio para diagnosticar el embarazo	\$35 por visita	40%*
Servicios de salud mental y dependencia de sustancias químicas	\$35 por visita	40%*
Visita/examen al consultorio del especialista y visita inicial al consultorio para diagnosticar el embarazo	\$45 por visita	40%*
Cirugía en el consultorio (incluidos yesos, férulas y vendajes)	\$35 (o \$45 especialista) por visita	40%*
Inyecciones para alergias, suero; Inyecciones terapéuticas	Copago de \$0 (incluido en la visita al consultorio)	No Cubierto
Pruebas de alergia	\$45 por visita	No Cubierto
Servicios de atención preventiva Bienestar de adultos/exámenes físicos; cuidado infantil sano; Vacunas; Pruebas de Laboratorio Preventivas y Rayos X (mamografía, Papanicolaou, análisis de orina, etc.); Colonoscopia de rutina (ambulatoria/consultorio); Asesoramiento para dejar de fumar/tabaco; Exámenes de visión y audición	Sin Cargo	No Cubierto
Acupuntura (máx. 20 visitas/año)	\$45 por visita después del deducible	No Cubierto
Servicios de Ambulancia: Transporte Terrestre y Aéreo de Emergencia	Terrestre \$75 o aéreo \$125 después del deducible de PPO	
Servicios de ambulancia: traslado aéreo que no es de emergencia	\$125 después del deducible de PPO	
Desórdenes del espectro autista Análisis conductual aplicado y terapia ocupacional, física y del habla	Copagos o coseguro habituales según el lugar del tratamiento y tipo de servicio**	
Rehabilitación cardíaca y pulmonar, ambulatoria	Sin cargo después del deducible	40%*
Servicios de accidentes dentales/faciales, cirugía bucal y ATM/CMJ	Copagos habituales, deducibles o coseguro basado en lugar de tratamiento y tipo de servicio	40%*
Instalación de sala de emergencias (Las pruebas diagnósticas de alta gama tienen un copago aparte como se indica en este documento)	\$300 por visita después del deducible de PPO (no se aplica el copago si es admitido)	
Cirugía de reasignación de género y servicios relacionados**	Cubierto según el lugar de tratamiento y el tipo de servicio	
Salud en el hogar/Home I.V. Cuidado (máx. 100 visitas/año)**	\$35 por visita después del deducible	40%*
Servicios de hospicio** (hasta 7 días de atención de relevo)	Sin cargo después del deducible	40%*
Servicios de infertilidad, incluidos medicamentos e inyecciones (máximo de por vida 12 intentos por empleado/cónyuge)**	50% después del deducible de PPO*	
Servicios de hospital/instalación para pacientes internados** (consulte "Servicios de trasplante", si corresponde)		
Servicios médicos/quirúrgicos, salud mental/dependencia química y alojamiento y comida relacionados con la maternidad, servicios auxiliares cubiertos; Rehabilitación física para pacientes hospitalizados	\$500 por día por hasta 2 días después del deducible (sin cargo por servicios médicos para pacientes internados)	40%*
Atención de rutina en la guardería para recién nacidos cubiertos (cubierto como parte del reclamo de la madre)	\$500 por día por hasta 2 días después del deducible (sin cargo por servicios médicos para pacientes internados)	40%*

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

UNM Hospitals PPO Plan Benefits	Participación del miembro en los cargos cubiertos		
	Red de proveedores preferidos (servicios dentro de la red)	Servicios Fuera de la Red*	
Laboratorio, Rayos X, Pruebas de Diagnóstico (consultorio, ambulatorio, instalaciones independientes) Exploraciones PET, exploración CT** Imágenes por resonancia magnética (MRI)** (\$1,000 de desembolso máximo anual para todos los laboratorios y servicios de diagnóstico (solo para la red PPO))	20% después del deducible \$200 copago después del deducible \$250 copago después del deducible	40%*	
Colonoscopia no rutinaria	\$100 copago después del deducible	40%*	
Centro para pacientes ambulatorios/cirujano/médico (procedimientos quirúrgicos y servicios relacionados con el embarazo)	\$350 copago del centro después del deducible	40%*	
Rehabilitación a corto plazo (terapia física, ocupacional y del habla, ambulatoria/consultorio)** (máx. 35 visitas/año/combinadas)	\$35 (o \$45 especialista) por visita después del deducible	40%*	
Centro de enfermería especializada (máx. 60 días/de por vida)	Sin cargo después del deducible	40%*	
Manipulación espinal	\$45 por visita después del deducible	No Cubierto	
Suministros, Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortesis	20% después del deducible	40%*	
Terapias Quimioterapia, radiación, terapia de inhalación Diálisis	Sin cargo después del deducible 20% después del deducible	40%*	
Servicios de trasplante ** (Debe recibirse en un centro que tenga contrato con BCBSNM o con la red nacional de trasplantes de BCBS)			
Córnea, riñón y médula ósea	Según el lugar de tratamiento y tipo de servicio	40%*	
Corazón, Corazón-Pulmón, Hígado, Pulmón y Páncreas-Riñón (Máximo \$10,000 por trasplante para gastos de alojamiento y viaje).	Según el lugar de tratamiento y tipo de servicio	No Cubierto	
Centro de atención de urgencia – Centro de hospitales de la UNM	\$75 por visita después del deducible	No Cubierto	
Centro de atención de urgencia – todos los demás centros de atención de urgencia	\$100 por visita después del deducible	40%*	
Medicamentos recetados, insulina, suministros para diabéticos, productos nutricionales enterales, alimentos médicos especiales y productos para dejar de fumar/tabaco			
Nota: Ciertos medicamentos, productos nutricionales/alimentos médicos especiales y ciertos medicamentos inyectables requieren autorización previa. Los medicamentos y otros artículos cubiertos deben comprarse en una farmacia que participe en el servicio de farmacia minorista/especializada o de pedido por correo. programas. (BCBSNM tiene contrato con un programa separado para la administración de los beneficios de medicamentos recetados). Máximo de desembolso de medicamentos recetados: una vez que se alcanza el desembolso máximo, los medicamentos recetados se pagan al 100%.	Copagos del Plan de Recetas:	Venta al Por Menor 30 Días	Pedido Por Correo 90 Días
	Medicamento genérico preferido	\$8	\$16
	Medicamento genérico no preferido	\$20	\$40
	Medicamento de marca preferida	\$60	\$90
	Medicamento de marca no preferida	\$100	\$150
	Medicamentos especializados preferidos***	\$150	N/A
	Medicamentos especializados no preferidos***	\$300	N/A
	Productos nutricionales enterales sin receta y alimentos médicos especiales.	50%	
Límite de gastos de bolsillo del plan de medicamentos recetados	\$5,500/Individual \$5,000/Familia		

* Parte 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 determine el Administrador de Reclamaciones, y el cargo facturado por el proveedor.

** Estos servicios pueden requerir autorización previa de BCBSNM o se reducirán o negarán los beneficios. Consulte un folleto de beneficios para conocer todas las limitaciones y requisitos.

*** Los medicamentos especializados pueden requerir autorización previa; El pedido por correo no está disponible para medicamentos especializados.

Nota: No necesita una remisión de un PCP para recibir beneficios en el nivel de cobertura de la Red de proveedores preferidos. Puede visitar cualquier proveedor de la red de proveedores preferidos y recibir beneficios de proveedor preferido (dentro de la red) por los servicios cubiertos. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle montos que excedan el cargo cubierto. Esta cantidad a veces puede ser significativa y no se aplica a su límite de desembolso. Además, algunos beneficios están disponibles solo si se reciben de proveedores de la Red de Proveedores Preferidos.

Nota: BCBSNM brinda servicios administrativos de pago de reclamos únicamente y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a los reclamos, excepto lo que se especifique en el Acuerdo de servicios administrativos.

Este es solo un resumen; consulte el documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) y Folleto de beneficios para obtener más detalles.