

UNM Hospitals (UNMH)

Cobertura Estándar

Resumen de Beneficios

Administrada por:



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Esto es solo un resumen que enumera los montos del deducible, del gasto máximo de bolsillo, del copago y del coaseguro. Además, proporciona una breve descripción de los beneficios de la red estándar LoboCare Network para empleados de UNM Hospitals.

Beneficios de la red estándar LoboCareNetwork para empleados de UNM Hospitals	Parte del asegurado de los cargos con cobertura	
	Red estándar (servicios de la red)	Servicios fuera de la red*
Deducible por año calendario	\$750 (\$1,500 por familia)	\$2,250 (\$4,500 por familia)
Gasto máximo de bolsillo por año calendario (incluye solamente copagos, el deducible y el coaseguro. NO incluye los cargos por medicamentos, los cargos sin cobertura o las multas. No se aplican en forma conjunta los montos de la red y fuera de la red).	\$5,000 por persona \$10,000 por familia	\$10,000 por persona
Servicios en el consultorio (que no son de rutina)		
Examen o consulta presencial con el profesional principal de la salud* y consulta presencial inicial para diagnosticar un embarazo	\$35 por consulta médica	40%*
Servicios de salud mental y por dependencia de sustancias químicas	\$35 por consulta médica	40%*
Examen o consulta presencial con el especialista y consulta presencial inicial para diagnosticar un embarazo	\$45 por consulta médica	40%*
Cirugía en el consultorio (incluye yesos, férulas y vendajes)	\$35 (o \$45 si es un médico especialista) por consulta médica	40%*
Inyecciones y suero para alergias; inyecciones terapéuticas	Copago de \$0 (incluido en la consulta presencial)	Sin cobertura
Pruebas de alergia	\$45 por consulta médica	Sin cobertura
Servicios de atención preventiva Exámenes físicos y de bienestar para adultos; atención preventiva para niños; vacunas; radiografías y pruebas de laboratorio preventivas (mamografías, pruebas de Papanicolaou, análisis de orina, etc.); colonoscopias de rutina (como paciente externo o en el consultorio); servicios de asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco; pruebas de audición y de la vista	Sin cargo	Sin cobertura
Acupuntura (máximo de 20 consultas médicas por año)	\$45 por consulta médica después del deducible	Sin cobertura
Servicios de ambulancia: transporte terrestre y aéreo de emergencia	\$75 por transporte terrestre y \$125 por transporte aéreo después del deducible estándar	
Servicios de ambulancia: transporte aéreo que no es de emergencia	\$125 después del deducible estándar	
Trastornos del espectro autista Análisis del comportamiento aplicado y terapias física, ocupacional y del habla	Los copagos o coaseguros generales se basan en el tipo de servicio prestado y en el lugar donde se realiza el tratamiento.**	
Rehabilitación cardíaca y pulmonar para pacientes externos	Sin cargo después del deducible	40%*
Accidente facial o dental, cirugía bucal y servicios para la articulación temporomandibular o la articulación craneomandibular	Los copagos, deducibles o coaseguros generales se basan en el tipo de servicio prestado y en el lugar donde se realiza el tratamiento.	40%*
Instalación de la sala de emergencias (Las pruebas de diagnóstico de alta gama tienen un copago por separado como se indica en este documento)	\$300 por consulta médica después del deducible estándar (si es admitido, se cancela el copago).	
Cirugía de reasignación de género y servicios relacionados**	Cubierto según el lugar de tratamiento y el tipo de servicio	
Atención médica a domicilio/servicios de infusión en el hogar (máximo de 100 consultas médicas por año)**	\$35 por consulta médica después del deducible	40%*
Atención médica para pacientes terminales** (hasta 7 días de atención médica de relevo)	Sin cargo después del deducible	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

Beneficios de la red estándar LoboCareNetwork para empleados de UNM Hospitals	Parte del asegurado de los cargos con cobertura	
	Red estándar (servicios de la red)	Servicios fuera de la red*
Servicios para la infertilidad, incluidos los medicamentos y las inyecciones (máximo de 12 intentos de por vida por empleado/cónyuge)**	50% después del deducible estándar*	
Servicios de hospitalización o en centro para pacientes internados** (Consulte “Servicios de trasplante”, si corresponde).		
Servicios médicos/quirúrgicos, de salud mental/dependencia de sustancias químicas y relacionados con la maternidad, alojamiento y comida, accesorios 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 enfermería de rutina para recién nacidos asegurados (cubierta como parte de la reclamación de la madre)	\$500 por día por hasta 2 días después del deducible (sin cargo por servicios médicos para pacientes internados)	40%*
Pruebas de laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico (en el consultorio, como paciente externo, en centros independientes) Tomografía por emisión de positrones, tomografía computarizada** Resonancia magnética** (\$1,000 de desembolso máximo anual para todos los laboratorios y servicios de diagnóstico)	20% después del deducible Copago de \$200 después del deducible Copago de \$250 después del deducible	40%*
Colonoscopia que no es de rutina	Copago de \$100 después del deducible	40%*
Centro para pacientes ambulatorios/cirujano/médico (procedimientos quirúrgicos y servicios relacionados con el embarazo)	Copago del centro de \$350 después del deducible	40%*
Rehabilitación a corto plazo (terapias físicas, ocupacional y del habla, como paciente externo o en el consultorio)** (máximo de 35 consultas médicas combinadas por año)	\$35 (o \$45 de especialista) por visita después del deducible	40%*
Centro de enfermería especializada (máximo de 60 días de por vida)	Sin cargo después del deducible	40%*
Manipulación vertebral	\$45 por consulta médica después del deducible	Sin cobertura
Suministros, equipo médico duradero, prótesis y ortótica	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** (Se deben recibir en un centro que tenga contrato con un prestador de servicios médicos de la red estándar para el trasplante que se recibe, incluido un centro en la red nacional de trasplantes de BCBS).		
Córnea, riñón y médula ósea	Según el lugar de tratamiento y tipo de servicio	40%*
Trasplante de corazón, de corazón y pulmón, de hígado, de pulmón y de páncreas y riñón (máximo de \$10,000 por trasplante para gastos de hospedaje y de viaje)	Según el lugar de tratamiento y tipo de servicio	Sin cobertura
Centro de atención médica inmediata (centro de UNM Hospitals)	\$75 por consulta médica después del deducible	Sin cobertura
Centro de atención médica inmediata (todos los demás centros de atención médica inmediata)	\$100 por consulta médica después del deducible	40%*

Medicamentos con receta, insulina, suministros para diabéticos, productos de nutrición enteral, alimentos médicos especiales y programas para dejar de fumar o consumir tabaco

Apunte: Ciertos medicamentos, productos de nutrición o alimentos médicos especiales y ciertos medicamentos inyectables requieren autorización previa. Los medicamentos con cobertura y otros artículos deben adquirirse en una farmacia que participa en los programas de farmacia local comercial/de especialidad o de servicio de entrega a domicilio. (BCBSNM tiene contrato con un programa separado para la administración de los beneficios de los medicamentos con receta). Monto máximo de bolsillo para los medicamentos con receta; una vez que se alcanza el monto máximo de bolsillo, los medicamentos con receta se pagan al 100%.	Copagos del plan de recetas::	Venta al por menor 30 días	Pedido por correo 90 días
	Medicamentos genéricos preferenciales	\$8	\$16
	Medicamentos genéricos no preferenciales	\$20	\$40
	Medicamentos de marca preferenciales	\$60	\$120
	Medicamentos de marca no preferenciales	\$100	\$200
	Medicamentos de especialidad preferenciales***	\$150	N/A
	Medicamentos de especialidad no preferenciales***	\$300	N/A
	Productos de nutrición enteral y alimentos médicos especiales de venta libre	50%	
Límite de gasto de bolsillo de la cobertura para medicamentos con receta	\$2,500 por persona \$5,000 por familia		

* Parte del asegurado por los servicios con cobertura fuera de la red después de que se alcanza el deducible. Además, el asegurado paga la diferencia entre el cargo con cobertura, según lo determine el administrador de reclamaciones, y el cargo facturado por el profesional de la salud.

** Estos servicios pueden requerir autorización previa de BCBSNM o se reducirán los beneficios o se negará la cobertura. Consulte el *Certificado de beneficios y servicios médicos* para conocer las limitaciones y los requisitos en su totalidad.

*** Los medicamentos de especialidad pueden requerir autorización previa. El servicio de entrega a domicilio no está disponible para medicamentos de especialidad.

Apunte: Usted no necesita una orden médica de su médico de cabecera para recibir beneficios en el nivel de cobertura de la red estándar LoboCare Network. Puede consultar a cualquier prestador de servicios médicos de la red estándar LoboCare Network y recibir los beneficios por los servicios incluidos en dicha red. Sin embargo, si decide consultar a un prestador de servicios médicos que no participa en la red estándar LoboCare Network, primero deberá alcanzar un deducible y pagar un porcentaje de los cargos con cobertura (en el *Certificado de beneficios y servicios médicos* del asegurado se explican algunas excepciones, como la atención médica de emergencia). Es posible que los prestadores de servicios médicos que no forman parte de la red le cobren montos que superan los cargos con cobertura. A veces, este monto puede ser importante y no se aplica a su límite de gastos de bolsillo. Además, algunos beneficios están disponibles solo si consulta a prestadores de servicios médicos que forman parte de la red estándar LoboCare Network.

Apunte: BCBSNM presta servicios de pago de reclamaciones administrativas únicamente y no asume ningún riesgo financiero ni obligación con respecto a reclamaciones, excepto que se especifique en el *Acuerdo de servicios administrativos*.

Esto es solo un resumen. Consulte el *Resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés)* y el *Certificado de beneficios y servicios médicos* para obtener más información.