

# DECIDIDOS A PLANIFICAR SU SALUD.

PRESBYTERIAN
Health Plan, Inc.

phs.org/sonm

## Resumen de beneficios para empleados y asegurados del estado de Nuevo México y de entidades públicas locales

Eche un vistazo al plan de seguro médico de Presbyterian para sus beneficios de salud de **julio de 2026 a junio de 2027**. Ofrecemos el plan con el menor gasto de bolsillo y una gama completa de beneficios, y seguimos siendo la única opción de HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) con cobertura a nivel nacional.

## ¿Está listo para inscribirse?

Consulte a su departamento de recursos humanos sobre los planes de seguro médico de Presbyterian durante el periodo de inscripción abierta. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de los planes de Presbyterian, llame a la línea de servicio al cliente de Presbyterian exclusiva para empleados del estado de Nuevo México al **(505) 923-5600** o **1-888-ASK-PRES (1-888-275-7737), TTY 711**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

### Presentamos cuatro nuevos planes

Ahora ofrecemos a los empleados del SONM (estado de Nuevo México) cuatro opciones de planes, que incluyen dos planes de HMO y dos planes de PPO, con dos niveles y redes ampliadas que incluyen Presbyterian Medical Group, UNM Health y Lovelace.

HEALTH CARE AUTHORITY

MPC032615SPAN

# RED DE DOS NIVELES

**Los cuatro planes que ofrecemos incluyen redes de dos niveles, lo cual amplía el acceso a la atención médica.**

## HMO CLEAR COST PLATINUM

### NIVEL I
**Aspectos destacados de la red preferencial de Presbyterian**

**Presbyterian** Medical Group

**PRES*Now:*** Atención médica urgente y de emergencia las 24 horas del dia, los siete días de la semana, cuatro centros en Albuquerque

**Atención virtual por $0** (atención primaria, dermatologia, salud conductual, urgencias)

| | |
|---|---|
| Copagos | $20 por proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés)<br>$40 por especialista |
| Gasto máximo de bolsillo | $3,500 individual<br>$7,000 dos personas<br>$10,500 familiar |
| Deducible | $0 individual<br>$0 dos personas<br>$0 familiar |

### NIVEL II
**Aspectos destacados de la red nacional y ampliada de Presbyterian**

**Red nacional de Aetna** con más de 1.5 millones de proveedores participantes

Hospitales y consultorios médicos de **Lovelace**

Hospital y consultorios médicos de **UNM**

| | |
|---|---|
| Copagos | $30 por PCP<br>$60 por especialista |
| Gasto máximo de bolsillo | $4,250 individual<br>$8,500 dos personas<br>$12,750 por familia |
| Deducible | $300 individual<br>$600 dos personas<br>$900 familiar |

## HMO BASIC GOLD

### NIVEL I
**Aspectos destacados de la red preferencial de Presbyterian**

**Presbyterian** Medical Group

**PRES*Now:*** Atención médica urgente y de emergencia las 24 horas del dia, los siete días de la semana, cuatro centros en Albuquerque

**Atención virtual por $0** (atención primaria, dermatologia, salud conductual, urgencias)

| | |
|---|---|
| Copagos | $30 por PCP<br>$60 por especialista |
| Gasto máximo de bolsillo | $4,000 individual<br>$8,000 dos personas<br>$12,000 familiar |
| Deducible | $500 Individual<br>$1,000 dos personas<br>$1,500 familiar |

### NIVEL II
**Aspectos destacados de la red nacional y ampliada de Presbyterian**

**Red nacional de Aetna** con más de 1.5 millones de proveedores participantes

Hospitales y consultorios médicos de **Lovelace**

Hospital y consultorios médicos de **UNM**

| | |
|---|---|
| Copagos | $40 por PCP<br>$80 por especialista |
| Gasto máximo de bolsillo | $5,000 individual<br>$10,000 dos personas<br>$15,000 familiar |
| Deducible | $700 individual<br>$1,400 dos personas<br>$2,100 familiar |

# RED DE DOS NIVELES

## PPO BASIC GOLD

### NIVEL I

**Aspectos destacados de la red preferencial de Presbyterian**

**Presbyterian** Medical Group

**PRES*Now:*** Atención médica urgente y de emergencia las 24 horas del dia, los siete días de la semana, cuatro centros en Albuquerque

**Atención virtual por $0** (atención primaria, dermatologia, salud conductual, urgencias)

| | |
|---|---|
| Copagos | $30 por PCP<br>$60 por especialista |
| Gasto máximo de bolsillo | $4,000 individual<br>$8,000 dos personas<br>$12,000 familiar |
| Deducible | $500 individual<br>$1,000 dos personas<br>$1,500 familiar |

### NIVEL II

**Aspectos destacados de la red nacional y ampliada de Presbyterian**

**Red nacional de Aetna** con más de 1.5 millones de proveedores participantes

Hospitales y consultorios médicos de **Lovelace**

Hospital y consultorios médicos de **UNM**

| | |
|---|---|
| Copagos | $40 por PCP<br>$80 por especialista |
| Gasto máximo de bolsillo | $6,000 individual<br>$12,000 dos personas<br>$18,000 familiar |
| Deducible | $700 individual<br>$1,400 dos personas<br>$2,100 familiar |

## PPO HDHP SILVER

**Aspectos destacados del plan**

**Presbyterian** Medical Group

**PRES*Now:*** Atención médica urgente y de emergencia las 24 horas del dia, los siete días de la semana, cuatro centros en Albuquerque

**Atención virtual por $0** (atención primaria, dermatologia, salud conductual, urgencias)

**Red nacional de Aetna** con más de 1.5 millones de proveedores participantes

Hospitales y consultorios médicos de **Lovelace**

Hospital y consultorios médicos de **UNM**

| | |
|---|---|
| Copagos | PCP: 30% de coseguro una vez que se pague el deducible<br>Especialista: 30% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| Gasto máximo de bolsillo | $8,500 individual<br>$10,150 dos personas<br>$10,150 familiar |
| Deducible | $3,000 individual<br>$6,000 dos personas<br>$6,000 familiar |

| | |
|---|---|
| Copagos | PCP: 30% de coseguro una vez que se pague el deducible<br>Especialista: 30% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| Gasto máximo de bolsillo | $12,000 individual<br>$24,000 dos personas<br>$24,000 familiar |
| Deducible | $4,500 individual<br>$9,000 dos personas<br>$9,000 familiar |

# DÓNDE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

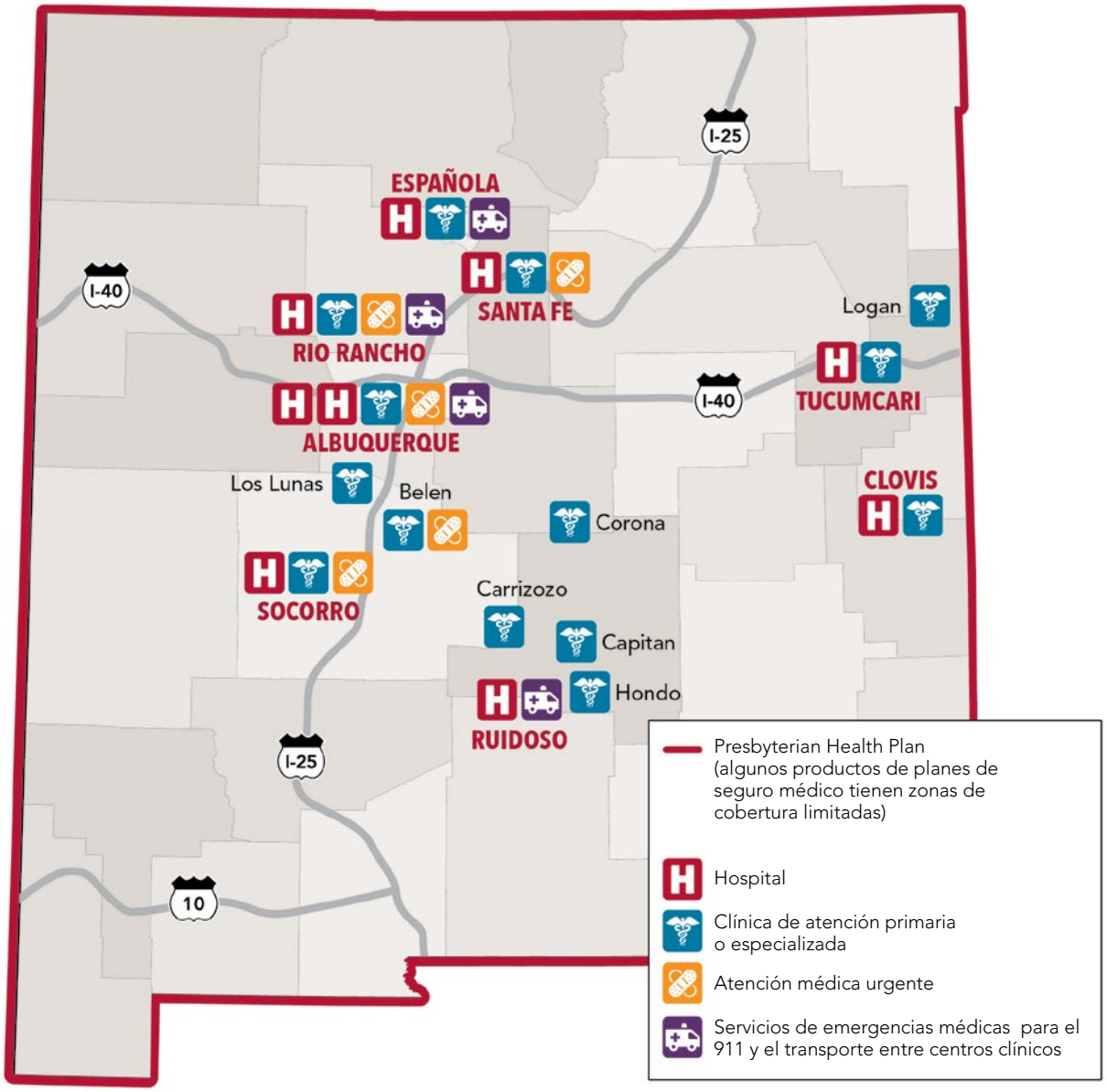
## Red preferencial de Presbyterian

Presbyterian le ofrece el valor añadido que conlleva nuestro sistema integrado de proveedores de atención médica, hospitales y plan de seguro médico: todos ellos trabajando conjuntamente para mantener su salud y proporcionarle servicios nuevos e innovadores. Nuestra red de nivel I incluye acceso a los hospitales y clínicas de Presbyterian, entre ellos:

- Nueve hospitales en ocho comunidades
- Más de 1,200 proveedores en Presbyterian Medical Group
- 12 clínicas de atención médica urgente, entre ellas dos centros de urgencias pediátricas y cuatro centros de PRES*Now* de atención urgente y de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana

## Red ampliada

Nos complace anunciar la ampliación del acceso a la atención médica, ya que tanto el sistema de servicios médicos de la UNM como los hospitales de Lovelace se han incorporado a nuestra red de nivel II.



# SERVICIO PERSONALIZADO DEDICADO A USTED



## Página web personalizada para empleados del estado de Nuevo México (SONM por sus siglas en inglés)

Consulte e imprima rápidamente la documentación sobre sus beneficios médicos, dentales y de la vista y acceda a otros recursos útiles en línea cuando le resulte más conveniente en **www.phs.org/sonm**.

## Personal de defensa de los asegurados de Presbyterian

Los asegurados de SONM tendrán acceso al personal de defensa de los asegurados de Presbyterian, una unidad de atención al cliente especializada y capacitada específicamente en la preparación de beneficios de SONM, la selección de proveedores y el proceso de programación de citas. El personal de defensa de los asegurados puede ayudarle a seleccionar un proveedor de atención primaria si está recién inscrito en el sistema de atención médica de Presbyterian, así como a programar su primera cita. Este personal está disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., llamando al (505) 923-7727 (o al número gratuito 1-866-670-0602) o por correo electrónico en **info@phs.org**.

## Directorio personalizado de proveedores

Los empleados de SONM disponen de directorios personalizados de proveedores en los que puede buscar proveedores cercanos a su lugar de trabajo o a su domicilio; buscar proveedores específicos, proveedores de atención primaria o especialistas; filtrar su búsqueda según sus preferencias; por ejemplo, un proveedor hombre o mujer; y localizar centros clínicos y farmacias. Visite **www.phs.org/sonm**.

## Descuentos en acupuntura, masajes terapéuticos, quiropráctica y más

Nuestra colaboración con BenefitSource le ofrece descuentos exclusivos para asegurados en medicina alternativa y servicios de la vista. Solo tiene que presentar su tarjeta de asegurado de Presbyterian a un proveedor participante y recibirá hasta un 35% de descuento en servicios como masajes terapéuticos, aparatos auditivos y de la vista, y tratamientos de acupuntura y quiropráctica. Para obtener una lista de los proveedores participantes, las tarifas y más información, visite **www.benefitsource.org/Presbyterian** o llame al (505) 237-1501 o al 1-888-862-8659.

## Servicio de atención al cliente en una ubicación céntrica

Nuestros amables representantes, con sede en Albuquerque, están a su disposición para responder a sus preguntas sobre los beneficios de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. Puede ponerse en contacto con nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian llamando al (505) 923-5600 o al 1-888-275-7737, o enviando un mensaje de correo electrónico en cualquier momento a **info@phs.org**.

# RECURSOS ÚTILES A SU DISPOSICIÓN

## Personal de atención al asegurado dedicado



Usted tiene acceso a un personal de atención al cliente altamente capacitado y dedicado que puede ayudar a:

- Orientarle hacia el nivel de atención médica más económico, ya se trate de una visita virtual, opciones ambulatorias o atención médica de urgencia o de emergencia
- Buscar proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas dentro de la red y programar citas
- Responder a sus preguntas sobre sus beneficios y ayudarle a coordinarlos en función de sus necesidades personales
- Obtener atención de seguimiento y resolver demandas de seguro

**Llámenos al (505) 923-5600 o 1-888-ASK-PRES (1-888-275-7737), TTY 711, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.**

## Assist America

Usted cuenta con la protección de los servicios de asistencia mundiales en caso de emergencia durante los viajes de Assist America las 24 horas del día, los 365 días del año. Este programa le conecta con los servicios inmediatamente si surgiera una emergencia médica mientras se viaja a más de 100 millas de distancia de su residencia permanente o en otro país.

Primero, descargue la aplicación gratuita de Assist America Travel en su dispositivo inteligente y, luego, inicie sesión con el número de referencia 01-AAPXI-10071.

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Operaciones de Assist America al **1-800-872-1414** (o +1-609-986-1234 fuera de EE. UU.).

## Calcule el costo de su atención médica

Ahora puede evaluar mejor el costo de ciertas pruebas y procedimientos con nuestro nuevo estimador de costos de tratamiento. Esta herramienta le proporcionará estimaciones para muchos de los servicios cubiertos y le ayudará a buscar centros más convenientes y de menor costo para recibir atención médica. Su proveedor o nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian también pueden derivarle a centros de menor costo para ciertas necesidades de atención. Llame al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de asegurado para obtener orientación.

## Programa de trabajadores de salud comunitarios



Nuestros trabajadores de salud comunitarios trabajan y viven en las mismas comunidades que usted y están especialmente capacitados para ayudarle a obtener lo que necesita para mantenerse lo más saludable posible. Pueden ayudarle a buscar vivienda, alimentos, ayuda para pagar los servicios públicos, transporte y servicios de traducción; y le ayudarán a programar una cita con un proveedor de atención médica. Además, pueden ayudarle a controlar mejor otras condiciones médicas, como el embarazo, el asma, la diabetes, la hipertensión, los problemas de salud conductual y los problemas por consumo de sustancias adictivas.

Este servicio es confidencial y se presta sin costo adicional para usted. Para obtener más información, llame al **(505) 923-8567**.

## Programas de control de enfermedades

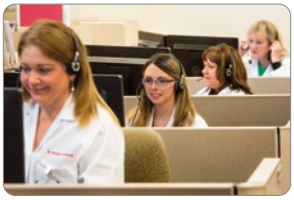


Como asegurado, tiene acceso a varios programas integrales de control de enfermedades sin costo adicional para usted. Si padece diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) o enfermedad de las arterias coronarias (CAD), nuestro personal de enfermería titulado colaborará con su proveedor de atención médica para ofrecerle asesoramiento y herramientas de autocontrol. Para inscribirse en uno o varios de estos programas de Healthy Solutions, llame al **1-800-841-9705** o envíe un correo electrónico a **healthysolutions@phs.org**.

Nuestros coordinadores de atención médica también ofrecen apoyo para el manejo del cáncer o del dolor lumbar y los problemas musculoesqueléticos. Para inscribirse en uno o varios de los programas de coordinación de atención médica, llame al **1-866-672-1242** o envíe un correo electrónico a **phpreferral@phs.org**.

# SIN COSTO PARA LOS ASEGURADOS

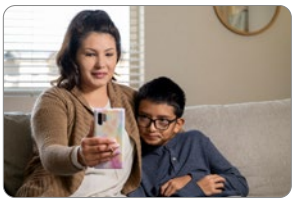
## Línea de asesoramiento de enfermería de PresRN



Hable con una enfermera titulada de Presbyterian para recibir asesoramiento médico sin costo alguno las 24 horas del día, los 365 días del año, incluso los días festivos. Llame al **(505) 923-5570** o **1-866-221-9679**.

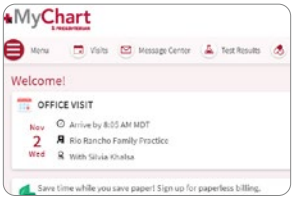
Para obtener más información, visite **www.phs.org** y busque "PresRN".

## Servicios de atención virtual a $0



Cualquier servicio de atención virtual con un proveedor de la red tiene un costo de $0 tanto para los proveedores de Nivel I como de Nivel II, incluso atención primaria, especialistas, urgencias o servicios de salud conductual. Para obtener más información, visite **www.phs.org/virtualpres**.

## MyChart (mi hoja clínica)




Los asegurados que tengan un proveedor de atención médica de Presbyterian Medical Group pueden enviar mensajes electrónicos y comunicarse con su personal de atención médica, solicitar resurtidos de medicamentos recetados y programar consultas, ya sean en el consultorio o telefónicas. Además, puede consultar expedientes médicos, informes de laboratorio y radiológicos, procedimientos y resultados de pruebas.

Para obtener más información, visite **www.phs.org/mychart**.

## Talkspace

La terapia por mensajería gratuita ofrece a los asegurados de 14 años en adelante asesoramiento en salud conductual con terapeutas conductuales titulados a través de mensajes de texto, vídeo o audio en el momento y lugar que más les convenga.

Visite **www.talkspace.com/php** para acceder al programa.

## myPRES




Obtenga la información que desee cuando la necesite. Los servicios web de Presbyterian ofrecen un servicio rápido y conveniente cualquier día del año. Para iniciar sesión o inscribirse, visite **www.phs.org/myPRES**.

- Consulte la información sobre beneficios de forma segura, vea el estado de las demandas de seguro y esté al tanto de los deducibles
- Acceda a su evaluación de salud personal y a otras herramientas de educación sobre la salud
- Consulte o solicite una tarjeta de asegurado de repuesto

## Wellness at Work (Bienestar en el trabajo)

Con esta herramienta en línea, puede acceder a todos sus programas de bienestar y preparar un plan personalizado para mejorar la salud. Cuenta con una potente herramienta de evaluación de la salud personal que le ayuda a identificar sus riesgos de salud y le ofrece recomendaciones para reducirlos. Para registrarse o iniciar sesión, visite **www.phs.org/myPRES**.



# MANTÉNGASE ACTIVO CON UNA SUSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE FITNESS PASS.

**El costo para 2026 es solo $29.50 al mes por asegurado que reúna los requisitos. La inscripción está abierta todo el año.**

Como asegurado de Presbyterian Health Plan, usted y sus dependientes tienen acceso a más de 10,000 centros de acondicionamiento físico, recreativos y comunitarios, entre ellos:

- Centros de Defined Fitness en Albuquerque, Río Rancho, Farmington y Santa Fe
- Red de Prime Fitness (a nivel nacional)
- Descuento en las cuotas del gimnasio de Sports & Wellness

DEFINED FITNESS

**www.defined.com**

Defined Fitness es uno de los principales gimnasios de Nuevo México, que ofrece una amplia variedad de clases de ejercicio en grupo, servicio de guardería supervisada y equipos de última generación para entrenamiento de fuerza y cardiovascular. Todos los centros cuentan con un complejo acuático con piscina cubierta, jacuzzi, sauna seca y baño de vapor.

prime

**www.primemember.com**

La red de Prime Fitness ofrece clases de ejercicio en grupo e instalaciones como piscinas, pistas deportivas y de atletismo y mucho más. Puede visitar los centros participantes de todo el país tantas veces como desee, incluso algunos centros de CHUZE, YMCA, Snap Fitness, Curves® y otros. Cuando utiliza Prime Fitness, su acondicionamiento físico le acompaña a donde vaya.

SPORTS & WELLNESS

**www.sportsandwellness.com**

Sports & Wellness es el lugar al que van los habitantes de Albuquerque por más de 25 años en busca de diversión, amigos y acondicionamiento físico. Disfrute de una tarifa especial para asegurados de Presbyterian Health Plan y disfrute de un servicio de cinco estrellas y de unas instalaciones de primera categoría en cinco centros de Nuevo México.

## Inscribirse en el programa de Fitness Pass es muy sencillo. Cómo empezar:

Para acceder rápidamente y obtener más información sobre el Fitness Pass, visite **www.phs.org/myPRES**.

- Todos los asegurados del plan de seguro médico inscritos de 18 años en adelante pueden inscribirse
- Una vez inscrito, Presbyterian realizará un cargo automático en su cuenta o tarjeta de crédito cada mes
- Su inscripción se renovará automáticamente para el siguiente año del plan; no es necesario volver a inscribirse

# MANTÉNGASE ACTIVO CON EL PROGRAMA DE FITNESS PASS

## ¡Su camino hacia una vida más saludable es tan fácil como unos pocos clics!

1. Visite **www.phs.org**.
2. Inicie sesión con sus credenciales de myPRES. ¿Necesita una cuenta de myPRES? Inscríbase en **www.phs.org/myPRES**.
3. Seleccione a los familiares que cumplan los requisitos y deseen inscribirse. Recuerde que solo los asegurados inscritos de 18 años en adelante pueden inscribirse en el programa de Fitness Pass.
4. Rellene la información bancaria. Presbyterian acepta cuentas de débito y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.
5. Imprima o guarde una copia de su página de confirmación. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de asegurado e indique el número de confirmación.
6. Le enviaremos la información sobre su elegibilidad a partir del primer día del mes siguiente.
7. Visite al gimnasio que prefiera. En Defined Fitness y Sports & Wellness, el propio gimnasio le expedirá una tarjeta de identificación una vez que presente su tarjeta de asegurado de Presbyterian. Si desea visitar a Prime Fitness, visite **www.primemember.com** para obtener una tarjeta de Prime ID antes de ir a un gimnasio de esa red.

## Algunos aspectos que debe tener en cuenta sobre su afiliación al Fitness Pass

- Puede utilizar tantos gimnasios simultáneamente como desee; no hay límite en el número de gimnasios que puede utilizar.
- Una vez inscrito, su derecho a utilizar el Fitness Pass comenzará el primer día del mes siguiente.
- La inscripción inicial está abierta durante todo el año, pero si se inscribe, su compromiso se extiende a lo largo de todo el año calendario.
- Los dependientes que cumplan los requisitos deben tener al menos 18 años de edad para participar.
- Los dependientes que vivan fuera de Nuevo México también pueden participar y tener acceso a la red nacional de Prime Fitness.
- Su póliza de Presbyterian Health Plan tiene que estar activa para seguir teniendo derecho al Fitness Pass.
- Las cuentas del Fitness Pass no se pueden modificar ni cancelar voluntariamente.
- Si su cuenta se cancela por falta de pago, no podrá volver a inscribirse hasta el año siguiente.
- Todas las membresías del gimnasios a través del Fitness Pass son suscripciones básicas; las mejoras se pueden adquirir directamente en el gimnasio.



# VirtualPRES

**VirtualPRES es una forma conveniente y sin costo alguno para recibir atención médica para una amplia variedad de necesidades de salud. Puede hablar de sus síntomas con un proveedor de atención médica por videoconferencia y recibir un plan de tratamiento, que incluye medicamentos recetados, cuando sea necesario.**

## PRESBYTERIAN MEDICAL GROUP

Puede programar una cita virtual con un proveedor de atención médica de Presbyterian Medical Group (PMG) o un proveedor independiente de la comunidad para recibir atención médica urgente o primaria o servicios de dermatología y salud conductual.

## PROVEEDORES DE LA RED CONTRATADOS

Le puede atender bajo demanda un proveedor contratado para recibir atención médica urgente las 24 horas del día, los siete días de la semana, en todo Estados Unidos.

Talkspace ofrece servicios virtuales de salud conductual para diversos tipos de planes.

## PresRN

PresRN es una línea de atención telefónica que le ofrece acceso directo y local a asesoramiento médico las 24 horas del día, los siete días de la semana, incluso los días festivos. La llamada a nuestras enfermeras tituladas con amplia experiencia es gratuita y le permitirá obtener respuestas a sus preguntas sobre salud o bienestar. Llame al **(505) 923-5570** or **1-866-221-9679**.

## MyCHART

Con nuestro portal web seguro, los asegurados que tengan un proveedor de Presbyterian Medical Group pueden enviar mensajes electrónicos a su personal de atención médica, solicitar resurtidos de medicamentos recetados, consultar expedientes médicos o informes de pruebas y programar visitas en el consultorio o telefónicas.

## ¿Qué sucede si mi proveedor virtual me indica que necesito atención médica en persona?

- Su proveedor virtual le ofrecerá recomendaciones para recibir atención médica presencial si determina que necesita ser atendido en persona.
- Si vive en la zona de Albuquerque y le está atendiendo un proveedor de atención médica urgente de PMG de forma virtual, un miembro del personal médico le pondrá en contacto con PMG Family Medicine (medicina familiar) para facilitarle el acceso a una cita en persona.

Para obtener más información sobre VirtualPRES, visite **phs.org/virtualpres**

PRESBYTERIAN
Health Plan, Inc.

HEALTH CARE AUTHORITY

*A continuación se presentan los aspectos más destacados del plan Point-of-Service (punto de servicio) administrado por Presbyterian Health Plan, Inc. para los empleados del estado de Nuevo México en todo el estado. Estos beneficios están vigentes del 1° de julio de 2026 al 30 de junio de 2027. Los términos específicos de la cobertura, las restricciones y las exclusiones se detallan en las secciones dos (2), cuatro (4) y (5) de la Descripción Resumida del Plan.*

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE LOS PLANES DE HMO | HMO CLEAR COST PLATINUM | | HMO BASIC GOLD | |
|---|---|---|---|---|
| | Nivel I | Nivel II | Nivel I | Nivel II |
| **Deducible**<br>• El deducible no se aplica a los servicios de atención preventiva ni a los medicamentos recetados.<br>• Los copagos no cuentan para el deducible.<br>• Excepto en el caso de la atención médica preventiva y aquellos servicios en los que se aplica un copago, se tiene que pagar el deducible antes de que el plan efectúe el pago de los beneficios (se aplica el coseguro).<br>• Una vez que cada asegurado de la familia haya pagado su deducible individual del plan, el plan pagará un porcentaje de sus demandas de seguro y el asegurado pagará el coseguro aplicable hasta que se alcance el máximo de gastos de bolsillo.<br>• Una vez que se pague el deducible del plan familiar, el plan pagará un porcentaje de las demandas de seguro de cada persona, y el(los) asegurado(s) pagará(n) el coseguro correspondiente hasta que se alcance el máximo de gastos de bolsillo.<br>• Las cantidades de los deducibles se acumulan de forma cruzada entre el Nivel I y el Nivel II. | $0 Individual<br>$0 Dos personas<br>$0 Familiar | $300 Individual<br>$600 Dos personas<br>$900 Familiar | $500 Individual<br>$1,000 Dos personas<br>$1.500 Familiar | $700 Individual<br>$1,400 Dos personas<br>$2,100 Familiar |
| **Gasto máximo de bolsillo**<br>• Los copagos, el deducible y el coseguro del plan médico se aplican al máximo de gastos de bolsillo anual.<br>• Los copagos o coseguros de medicamentos recetados pagados a CVS sí se aplican al máximo de gastos de bolsillo del plan médico. El plan de medicamentos recetados y el plan médico tienen un máximo de gastos de bolsillo combinado.<br>• Una vez que cada asegurado de la familia haya alcanzado su máximo de gastos de bolsillo individual, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de esa persona.<br>• Una vez alcanzado el límite máximo de gastos de bolsillo de la familia, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada asegurado de la familia.<br>• Las cantidades de gastos de bolsillo se acumulan de forma cruzada entre el Nivel I y el Nivel II. | $3,500 Individual<br>$7,000 Dos personas<br>$10,500 Familiar | $4,250 Individual<br>$8,500 Dos personas<br>$12,750 Familiar | $4,000 Individual<br>$8,000 Dos personas<br>$12,000 Familiar | $5,000 Individual<br>$10,000 Dos personas<br>$15,000 Familiar |
| **Coseguro de los asegurados** | 0% | 20% | 30% | 30% |
| **Atención médica primaria** (visita para tratar una lesión o enfermedad, excluidos los servicios preventivos y las radiografías) | $20 | $30 | $30 | $40 |
| **Atención médica preventiva/pruebas de detección/vacunación** [1]<br>• Chequeo médico rutinario<br>• Examen ginecológico anual<br>• Examen anual para hombres, incluyendo la prueba de PSA<br>• Pruebas de laboratorio relacionadas (incluso radiografías, pruebas de Pap rutinarias, análisis de colesterol, análisis de orina, mamografías, colonoscopias, etc.)<br>• Atención pediátrica de rutina, incluyendo exámenes de la vista y la audición (hasta los 21 años)<br>• Vacunas<br>• Educación y asesoramiento de salud (incluso la educación para dejar de fumar/consumir tabaco)<br>• Planificación familiar | $0 | $0 | $0 | $0 |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE LOS PLANES DE HMO | HMO CLEAR COST PLATINUM | | HMO BASIC GOLD | |
|---|---|---|---|---|
| | **Nivel I** | **Nivel II** | **Nivel I** | **Nivel II** |
| **Visita al especialista** | $40 | $60 | $60 | $80 |
| **Centro de atención médica urgente** | $50 | $70 | $80 | $100 |
| **Servicios en la sala de emergencias** [4] | $250 (no se aplica en caso de ingreso) | $250 (no se aplica en caso de ingreso) | $350 (no se aplica en caso de ingreso) | $350 (no se aplica en caso de ingreso) |
| **Ambulancia** (transporte de emergencia terrestre o aéreo) | Terrestre $100<br>Aéreo $200 | Terrestre $100<br>Aéreo $200 | 30% una vez que se pague el deducible, coseguro (se aplica el deducible de Nivel I) | 30% una vez que se pague el deducible, coseguro (se aplica el deducible de Nivel I) |
| **Servicios de atención médica virtual**<br>Todos los servicios de atención virtual, tanto médica como conductual (por teléfono o videoconferencia)<br>• Atención primaria<br>• Atención especializada<br>• Atención de urgencia | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Medicamentos recetados** | Administrado por Express Scripts.<br>Llame a Express Scripts al 1-866-447-5521 | | | |
| **Servicios de laboratorio, ambulatorios y profesionales** | $20 | $30 | $30 | $40 |
| **Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes** | $75 | $100 | $100 | $120 |
| **Pruebas de imágenes (escaneos de CT/PET, MRI)** [2] | $75 | $100 | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible; hasta $250 | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible; hasta $250 |
| **Servicios de maternidad** | $750 por ingreso | $1,250 por ingreso | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Atención rutinaria en la sala de recién nacidos**<br>• Si la mamá está cubierta por el plan, el bebé está cubierto desde el nacimiento, pero tiene que inscribirse en el plan médico lo antes posible; a más tardar, en un plazo de 30 días a partir de la fecha de nacimiento. | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Trasplantes** [5]<br>Cobertura para trasplantes de órganos humanos<br>• Se requiere el servicio de administración de casos<br>• Consulte el resumen del plan<br>Descripción para obtener detalles completos sobre la cobertura de trasplantes. Se aplican límites máximos a los servicios de transporte y alojamiento cubiertos. | Copago según el lugar que presta el servicio | Copago según el lugar que presta el servicio | Copago según el lugar que presta el servicio | Copago según el lugar que presta el servicio |
| **Terapia del habla, ocupacional y física** [3] | $20 | $30 | $30 | $40 |
| **Centro de enfermería especializada** [3] | $750 por ingreso | $1,250 por ingreso | 30% una vez que se pague el deducible | 30% una vez que se pague el deducible |
| **Cirugía ambulatoria, servicios médicos/quirúrgicos** [2] **y tarifas de los centros clínicos**<br>(p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | $75 | $100 | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE LOS PLANES DE HMO | HMO CLEAR COST PLATINUM | | HMO BASIC GOLD | |
|---|---|---|---|---|
| | Nivel I | Nivel II | Nivel I | Nivel II |
| **Servicios ambulatorios de salud mental y conductual y para trastornos por consumo de sustancias adictivas** | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Tarifa del centro ambulatorio: Salud mental** | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Servicios hospitalarios para pacientes internados** [2] (excluidos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias adictivas) | $750 por ingreso | $1,250 por ingreso | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Hospitalización por trastornos de salud mental o por consumo de sustancias adictivas (SUD)** | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Pruebas y tratamiento de alergias** | $40 | $60 | $60 | $80 |
| **Solo inyecciones para las alergias** | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% |
| **Preparación para la extracción de alérgenos** | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% |
| **Acupuntura**[3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan) | $40 | $60 | $60 | $80 |
| **Quiropráctica**[3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan) | $20 | $30 | $30 | $40 |
| **Servicios de naprapatía, terapia de masaje** [3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan). No se aplica un copago para servicios de salud conductual dentro de la red en los planes de HMO y PPO) | $40 | $60 | $60 | $80 |
| **Trastornos del espectro autista** [2]<br>• Diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista<br>• Pruebas de detección para bebés y niños sanos a fin de diagnosticar la presencia de un trastorno del espectro autista | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% |
| **Rehabilitación cardíaca** [2] **y rehabilitación pulmonar** [2] | Se aplican los copagos de especialista por visitas al consultorio | Se aplican los copagos de especialista por visitas al consultorio, el resto 20% | Se aplican los copagos de especialista por visitas al consultorio; el resto, 30% una vez que se pague el deducible | Se aplican los copagos de especialista por visitas al consultorio; el resto, 30% una vez que se pague el deducible |
| **Quimioterapia y/o radioterapia** | Se aplica el copago de especialista por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: el 20% | Se aplica el copago de especialista por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: el 20% | Se aplica el copago de especialista por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: 30% una vez que se pague el deducible | Se aplica el copago de especialista por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: 30% una vez que se pague el deducible |
| **Diálisis** | Se aplica el copago de PCP por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: 20% | Se aplica el copago de PCP por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: 20% | Se aplica el copago de PCP por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: 30% una vez que se pague el deducible | Se aplica el copago de PCP por visitas al consultorio, en otros centros de atención ambulatoria: 30% una vez que se pague el deducible |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE LOS PLANES DE HMO | HMO CLEAR COST PLATINUM | | HMO BASIC GOLD | |
|---|---|---|---|---|
| | Nivel I | Nivel II | Nivel I | Nivel II |
| **Cobertura para la diabetes**<br>(visitas al médico y educación sobre la diabetes) | Se aplican los copagos para el PCP y los especialistas | Se aplican los copagos para el PCP y los especialistas | Se aplican los copagos para el PCP y los especialistas | Se aplican los copagos para el PCP y los especialistas |
| **Suministros, equipos, dispositivos y servicios para la diabetes** [2]<br>• Recetados por el médico que le atiende<br>• Adquiridos a través de un proveedor de equipos médicos duraderos (DME) | 20% | 20% | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Equipos médicos duraderos (DME), aparatos ortopédicos, prótesis y ortesis funcionales** | 20% | 20% | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Audífonos**<br>(incluye reparación, sustitución y pruebas relacionadas) | Sin copago, hasta $2,500 por oído cada 36 meses | Sin copago, hasta $2,500 por oído cada 36 meses | Sin copago, hasta $2,500 por oído cada 36 meses | Sin copago, hasta $2,500 por oído cada 36 meses |
| **Cuidados paliativos (hospicio)** [2]<br>• Asesoramiento por duelo (limitado a tres sesiones durante el período de beneficios de cuidados paliativos)<br>• Cuidados de relevo (máximo de por vida de dos sesiones de hasta diez días por cada período de beneficios de cuidados paliativos) | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% una vez que se pague el deducible | El plan paga el 100% una vez que se pague el deducible |
| **Atención médica a domicilio** [2] **/**<br>**Servicio de administración intravenosa a domicilio** [2]<br>Servicios médicos a domicilio recetados, cuidados de enfermería y terapia de rehabilitación | $40 | $60 | $60 | $80 |

[1] La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (también conocida como Reforma de Atención Médica) exige que los planes de seguro médico cubran determinados servicios de atención médica preventiva, incluso los servicios de atención preventiva para mujeres, sin costo alguno para el asegurado si un proveedor de atención médica participante de la red presta dichos servicios. Aunque estos servicios están cubiertos sin costo alguno, el proveedor puede cobrar un copago por otros servicios prestados durante la visita al consultorio. Además, algunos servicios cubiertos de planificación familiar siguen estando sujetos costos compartidos por parte de los asegurados. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de atención preventiva cubiertos por este plan, incluso los servicios de planificación familiar, o sobre su costo por dichos servicios, consulte su Evidencia de Cobertura o Descripción Resumida del Plan, o póngase en contacto con Presbyterian Health Plan llamando al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Estos servicios tienen que ser médicamente necesarios según se define en la Descripción Resumida del Plan.

[2] Se exige una revisión previa al ingreso y/o una autorización previa; se puede aplicar una multa de $250, una reducción o una denegación a los servicios del centro clínico y del proveedor si no se obtiene la revisión previa al ingreso y/o la autorización previa requeridas.

[3] Este beneficio incluye un límite anual de visitas. Consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.

[4] Se exime del coseguro por los servicios de urgencias si se produce una hospitalización; en ese caso, se aplican el deducible y el coseguro de la hospitalización.

[5] Los trasplantes están cubiertos dentro de la red únicamente por proveedores de Nivel I o Nivel II. Los servicios de administración de casos para pacientes con trasplantes tienen que obtenerse de Presbyterian Health Plan llamando al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

[6] Los pacientes tienen la obligación de pagar el copago o deducible y el coseguro relacionados con el lugar que presta el servicio, los servicios auxiliares y los procedimientos adicionales realizados al mismo tiempo. Siguen aplicándose las normas de autorización previa.

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE PPO BASIC GOLD | PPO BASIC GOLD | | |
|---|---|---|---|
| | **Nivel I** | **Nivel II** | **Fuera de la red** |
| **Deducible**<br>• El deducible no se aplica a los servicios de atención preventiva ni a los medicamentos recetados.<br>• Los copagos no cuentan para el deducible.<br>• Excepto en el caso de la atención médica preventiva y aquellos servicios en los que se aplica un copago, se tiene que pagar el deducible antes de que el plan efectúe el pago de los beneficios (se aplica el coseguro).<br>• Una vez que cada asegurado de la familia haya pagado su deducible individual del plan, el plan pagará un porcentaje de sus demandas de seguro y el asegurado pagará el coseguro aplicable hasta que se alcance el máximo de gastos de bolsillo.<br>• Una vez que se pague el deducible del plan familiar, el plan pagará un porcentaje de las demandas de seguro de cada persona, y el(los) asegurado(s) pagará(n) el coseguro correspondiente hasta que se alcance el máximo de gastos de bolsillo.<br>• Las cantidades de los deducibles se acumulan de forma cruzada entre el Nivel I y el Nivel II. | $500 Individual<br>$1,000 Dos personas<br>$1,500 Familiar | $700 Individual<br>$1,400 Dos personas<br>$2,100 Familiar | $3,000 Individual<br>$6,000 Dos personas<br>$9,000 Familiar |
| **Gasto máximo de bolsillo**<br>• Los copagos, el deducible y el coseguro del plan médico se aplican al máximo de gastos de bolsillo anual.<br>• Los copagos o coseguros de medicamentos recetados pagados a CVS sí se aplican al máximo de gastos de bolsillo del plan médico. El plan de medicamentos recetados y el plan médico tienen un máximo de gastos de bolsillo combinado.<br>• Una vez que cada asegurado de la familia haya alcanzado su máximo de gastos de bolsillo individual, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de esa persona.<br>• Una vez alcanzado el límite máximo de gastos de bolsillo de la familia, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de cada asegurado de la familia.<br>• Las cantidades de gastos de bolsillo se acumulan de forma cruzada entre el Nivel I y el Nivel II. | $4,000 Individual<br>$8,000 Dos personas<br>$12,000 Familiar | $6,000 Individual<br>$12,000 Dos personas<br>$18,000 Familiar | $9,000 Individual<br>$18,000 Dos personas<br>$27,000 Familiar |
| **Coseguro de los asegurados** | 30% | 35% | 50% |
| **Atención médica primaria** (visita para tratar una lesión o enfermedad, excluidos los servicios preventivos y las radiografías) | $30 | $40 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Atención médica preventiva/pruebas de detección/vacunación** [1]<br>• Chequeo médico rutinario<br>• Examen ginecológico anual<br>• Examen anual para hombres, incluyendo la prueba de PSA<br>• Pruebas de laboratorio relacionadas (incluso radiografías, pruebas de Pap rutinarias, análisis de colesterol, análisis de orina, mamografías, colonoscopias, etc.)<br>• Atención pediátrica de rutina, incluyendo exámenes de la vista y la audición (hasta los 21 años)<br>• Vacunas<br>• Educación y asesoramiento de salud (incluso la educación para dejar de fumar/consumir tabaco)<br>• Planificación familiar | $0 | $0 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Visita al especialista** | $60 | $80 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Centro de atención médica urgente** | $80 | $100 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Servicios en la sala de emergencias** [4] | $350 (no se aplica en caso de ingreso) | $350 (no se aplica en caso de ingreso) | $350 (no se aplica en caso de ingreso) |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE PPO BASIC GOLD | PPO BASIC GOLD | | |
|---|---|---|---|
| | **Nivel I** | **Nivel II** | **Fuera de la red** |
| **Ambulancia** (transporte de emergencia terrestre o aéreo) | 30% una vez que se pague el deducible y el coseguro (se aplica el deducible del Nivel I) | 30% una vez que se pague el deducible y el coseguro (se aplica el deducible del Nivel I) | 30% una vez que se pague el deducible y el coseguro (se aplica el deducible del Nivel I) |
| **Servicios de atención médica virtual**<br>Todos los servicios de atención virtual, tanto médica como conductual (por teléfono o videoconferencia)<br>• Atención primaria<br>• Atención especializada<br>• Atención de urgencia | $0 | $0 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Medicamentos recetados** | Administrado por Express Scripts.<br>Llame a Express Scripts al 1-866-447-5521 | | |
| **Servicios de laboratorio, ambulatorios y profesionales** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Pruebas de imágenes (escaneos de CT/PET, MRI)** [2] | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible; hasta $300 | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible; hasta $300 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Servicios de maternidad** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Atención rutinaria en la sala de recién nacidos**<br>• Si la mamá está cubierta por el plan, el bebé está cubierto desde el nacimiento, pero tiene que inscribirse en el plan médico lo antes posible; a más tardar, en un plazo de 30 días a partir de la fecha de nacimiento. | $0 | $0 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Trasplantes** [5]<br>Cobertura para trasplantes de órganos humanos<br>• Se requiere el servicio de administración de casos<br>• Consulte el resumen del plan<br>Descripción para obtener detalles completos sobre la cobertura de trasplantes. Se aplican límites máximos a los servicios de transporte y alojamiento cubiertos. | Sujeto al lugar que presta el servicio | Sujeto al lugar que presta el servicio | No se cubre |
| **Terapia del habla, ocupacional y física** [3] | $30 | $40 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Centro de enfermería especializada** [3] | 30% una vez que se pague el deducible | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Cirugía ambulatoria, servicios médicos/quirúrgicos** [2] **y tarifas de los centros clínicos**<br>(p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Servicios ambulatorios de salud mental y conductual y para trastornos por consumo de sustancias adictivas** | $0 | $0 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Tarifa del centro ambulatorio: Salud mental** | $0 | $0 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE PPO BASIC GOLD | PPO BASIC GOLD | | |
|---|---|---|---|
| | **Nivel I** | **Nivel II** | **Fuera de la red** |
| **Servicios hospitalarios para pacientes internados** [2] (excluidos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias adictivas) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Hospitalización por trastornos de salud mental o por consumo de sustancias adictivas (SUD)** | $0 | $0 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Pruebas y tratamiento de alergias** | $60 | $80 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Solo inyecciones para las alergias** | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Preparación para la extracción de alérgenos** | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Acupuntura** [3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan) | $60 | $80 | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Quiropráctica** [3] mitado a 25 visitas en total por año del plan) | $30 | $40 | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Servicios de naprapatía, terapia de masaje** [3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan). No se aplica un copago para servicios de salud conductual dentro de la red en los planes de HMO y PPO) | $60 | $80 | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Trastornos del espectro autista** [2]<br>• Diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista<br>• Pruebas de detección para bebés y niños sanos a fin de diagnosticar la presencia de un trastorno del espectro autista | El plan paga el 100% | El plan paga el 100% | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Rehabilitación cardíaca** [2] **y rehabilitación pulmonar** [2] | Se aplican los copagos de especialista por visitas al consultorio; el resto, 30% una vez que se pague el deducible | Se aplican los copagos de especialista por visitas al consultorio; el resto, 35% una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Quimioterapia y/o radioterapia** | Se aplica el copago de especialista para visitas al consultorio; otros centros de atención ambulatoria: 30% una vez que se pague el deducible | Se aplica el copago de especialista para las visitas al consultorio; otros centros de atención ambulatoria: 35% una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Diálisis** | Se aplica el copago de PCP para visitas al consultorio; otros centros de atención ambulatoria: 30% una vez que se pague el deducible | Se aplica el copago de PCP para visitas al consultorio; otros centros de atención ambulatoria: 35% una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE PPO BASIC GOLD | PPO BASIC GOLD | | |
|---|---|---|---|
| | **Nivel I** | **Nivel II** | **Fuera de la red** |
| **Cobertura para la diabetes**<br>(visitas al médico y educación sobre la diabetes) | Se aplican los copagos para el PCP y los especialistas | Se aplican los copagos para el PCP y los especialistas | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Suministros, equipos, dispositivos y servicios para la diabetes** [2]<br>• Recetados por el médico que le atiende<br>• Adquiridos a través de un proveedor de equipos médicos duraderos (DME) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Equipos médicos duraderos (DME), aparatos ortopédicos, prótesis y ortesis funcionales** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 35% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Audífonos**<br>(incluye reparación, sustitución y pruebas relacionadas) | Sin copago, hasta $2,500 por oído cada 36 meses | Sin copago, hasta $2,500 por oído cada 36 meses | 50% una vez que se pague el deducible, hasta $2,500 por oído cada 36 meses |
| **Cuidados paliativos (hospicio)** [2]<br>• Asesoramiento por duelo (limitado a tres sesiones durante el período de beneficios de cuidados paliativos)<br>• Cuidados de relevo (máximo de por vida de dos sesiones de hasta diez días por cada período de beneficios de cuidados paliativos) | El plan paga el 100% una vez que se pague el deducible | El plan paga el 100% una vez que se pague el deducible | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Atención médica a domicilio** [2] **/**<br>**Servicio de administración intravenosa a domicilio** [2]<br>Servicios médicos a domicilio recetados, cuidados de enfermería y terapia de rehabilitación | $60 | $80 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |

[1] La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (también conocida como Reforma de Atención Médica) exige que los planes de seguro médico cubran determinados servicios de atención médica preventiva, incluso los servicios de atención preventiva para mujeres, sin costo alguno para el asegurado si un proveedor de atención médica participante de la red presta dichos servicios. Aunque estos servicios están cubiertos sin costo alguno, el proveedor puede cobrar un copago por otros servicios prestados durante la visita al consultorio. Además, algunos servicios cubiertos de planificación familiar siguen estando sujetos costos compartidos por parte de los asegurados. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de atención preventiva cubiertos por este plan, incluso los servicios de planificación familiar, o sobre su costo por dichos servicios, consulte su Evidencia de Cobertura o Descripción Resumida del Plan, o póngase en contacto con Presbyterian Health Plan llamando al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Estos servicios tienen que ser médicamente necesarios según se define en la Descripción Resumida del Plan.

[2] Se exige una revisión previa al ingreso y/o una autorización previa; se puede aplicar una multa de $250, una reducción o una denegación a los servicios del centro clínico y del proveedor si no se obtiene la revisión previa al ingreso y/o la autorización previa requeridas.

[3] Este beneficio incluye un límite anual de visitas. Consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.

[4] Se exime del coseguro por los servicios de urgencias si se produce una hospitalización; en ese caso, se aplican el deducible y el coseguro de la hospitalización.

[5] Los trasplantes están cubiertos dentro de la red únicamente por proveedores de Nivel I o Nivel II. Los servicios de administración de casos para pacientes con trasplantes tienen que obtenerse de Presbyterian Health Plan llamando al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

[6] Los pacientes tienen la obligación de pagar el copago o deducible y el coseguro relacionados con el lugar que presta el servicio, los servicios auxiliares y los procedimientos adicionales realizados al mismo tiempo. Siguen aplicándose las normas de autorización previa.

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE PPO HDHP SILVER | PPO HDHP SILVER | |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| **Deducible**<br>• Los asegurados tienen que pagar todos los cobros de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar.<br>• Si el asegurado tiene otros familiares en el plan, cada asegurado de la familia tiene que pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagados por todos los asegurados de la familia alcance el deducible total. | $3,000 Individual<br>$6,000 Dos personas<br>$6,000 Familiar | $4,500 Individual<br>$9,000 Dos personas<br>$9,000 Familiar |
| **Gasto máximo de bolsillo**<br>• El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que un asegurado podría pagar en un año por los servicios cubiertos.<br>• Si un asegurado tiene otros familiares en este plan, cada uno tiene que alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo total de la familia. | $8,500 Individual<br>$10,150 Dos personas<br>$10,150 Familiar | $12,000 Individual<br>$24,000 Dos personas<br>$24,000 Familiar |
| **Coseguro de los asegurados** | 30% | 50% |
| **Atención médica primaria** (visita para tratar una lesión o enfermedad, excluidos los servicios preventivos y las radiografías) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Atención médica preventiva/pruebas de detección/vacunación** [1]<br>• Chequeo médico rutinario<br>• Examen ginecológico anual<br>• Examen anual para hombres, incluyendo la prueba de PSA<br>• Pruebas de laboratorio relacionadas (incluso radiografías, pruebas de Pap rutinarias, análisis de colesterol, análisis de orina, mamografías, colonoscopias, etc.)<br>• Atención pediátrica de rutina, incluyendo exámenes de la vista y la audición (hasta los 21 años)<br>• Vacunas<br>• Educación y asesoramiento de salud (incluso la educación para dejar de fumar/consumir tabaco)<br>• Planificación familiar | $0 | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Visita al especialista** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Centro de atención médica urgente** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Servicios en la sala de emergencias** [4] | 30% una vez que se pague el deducible (se aplica el deducible de la red) | 30% una vez que se pague el deducible (se aplica el deducible de la red) |
| **Ambulancia** (transporte de emergencia terrestre o aéreo) | 30% una vez que se pague el deducible, el coseguro (se aplica el deducible de la red) | 30% una vez que se pague el deducible, el coseguro (se aplica el deducible de la red) |
| **Servicios de atención médica virtual**<br>Todos los servicios de atención virtual, tanto médica como conductual (por teléfono o videoconferencia)<br>• Atención primaria<br>• Atención especializada<br>• Atención de urgencia | $0 | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Medicamentos recetados** | Administrado por Express Scripts.<br>Llame a Express Scripts al 1-866-447-5521 | |
| **Servicios de laboratorio, ambulatorios y profesionales** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE PPO HDHP SILVER | PPO HDHP SILVER | |
|---|---|---|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| **Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Pruebas de imágenes (escaneos de CT/PET, MRI)** [2] | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Servicios de maternidad** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Atención rutinaria en la sala de recién nacidos**<br>• Si la mamá está cubierta por el plan, el bebé está cubierto desde el nacimiento, pero tiene que inscribirse en el plan médico lo antes posible; a más tardar, en un plazo de 30 días a partir de la fecha de nacimiento. | 30% una vez que se pague el deducible | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Trasplantes** [5]<br>Cobertura para trasplantes de órganos humanos<br>• Se requiere el servicio de administración de casos<br>• Consulte el resumen del plan<br>Descripción para obtener detalles completos sobre la cobertura de trasplantes. Se aplican límites máximos a los servicios de transporte y alojamiento cubiertos. | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | No se cubre |
| **Terapia del habla, ocupacional y física** [3] | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Centro de enfermería especializada** [3] | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Cirugía ambulatoria, servicios médicos/quirúrgicos** [2] **y tarifas de los centros clínicos**<br>(p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Servicios ambulatorios de salud mental y conductual y para trastornos por consumo de sustancias adictivas** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Tarifa del centro ambulatorio: Salud mental** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Servicios hospitalarios para pacientes internados** [2]<br>(excluidos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias adictivas) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Hospitalización por trastornos de salud mental o por consumo de sustancias adictivas (SUD)** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Pruebas y tratamiento de alergias** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Solo inyecciones para las alergias** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Preparación para la extracción de alérgenos** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Acupuntura** [3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan) | 30% una vez que se pague el deducible | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Quiropráctica** [3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan) | 30% una vez que se pague el deducible | 50% una vez que se pague el deducible |

| RESUMEN DE BENEFICIOS DE PPO HDHP SILVER | PPO HDHP SILVER | |
|---|---|---|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| **Servicios de naprapatía, terapia de masaje** [3] (limitado a 25 visitas en total por año del plan). No se aplica un copago para servicios de salud conductual dentro de la red en los planes de HMO y PPO) | 30% una vez que se pague el deducible | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Trastornos del espectro autista** [2]<br>• Diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista<br>• Pruebas de detección para bebés y niños sanos a fin de diagnosticar la presencia de un trastorno del espectro autista | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Rehabilitación cardíaca** [2] **y rehabilitación pulmonar** [2] | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Quimioterapia y/o radioterapia** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Diálisis** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Cobertura para la diabetes** (visitas al médico y educación sobre la diabetes) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Suministros, equipos, dispositivos y servicios para la diabetes** [2]<br>• Recetados por el médico que le atiende<br>• Adquiridos a través de un proveedor de equipos médicos duraderos (DME) | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Equipos médicos duraderos (DME), aparatos ortopédicos, prótesis y ortesis funcionales** | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |
| **Audífonos** (incluye reparación, sustitución y pruebas relacionadas) | 30% una vez que se pague el deducible, hasta $2,500 por oído cada 36 meses | 50% una vez que se pague el deducible, hasta $2,500 por oído cada 36 meses |
| **Cuidados paliativos (hospicio)** [2]<br>• Asesoramiento por duelo (limitado a tres sesiones durante el período de beneficios de cuidados paliativos)<br>• Cuidados de relevo (máximo de por vida de dos sesiones de hasta diez días por cada período de beneficios de cuidados paliativos) | 30% una vez que se pague el deducible | 50% una vez que se pague el deducible |
| **Atención médica a domicilio** [2] **/ Servicio de administración intravenosa a domicilio** [2] Servicios médicos a domicilio recetados, cuidados de enfermería y terapia de rehabilitación | 30% de coseguro una vez que se pague el deducible | 50% de coseguro una vez que se pague el deducible |

[1] La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (también conocida como Reforma de Atención Médica) exige que los planes de seguro médico cubran determinados servicios de atención médica preventiva, incluso los servicios de atención preventiva para mujeres, sin costo alguno para el asegurado si un proveedor de atención médica participante de la red presta dichos servicios. Aunque estos servicios están cubiertos sin costo alguno, el proveedor puede cobrar un copago por otros servicios prestados durante la visita al consultorio. Además, algunos servicios cubiertos de planificación familiar siguen estando sujetos costos compartidos por parte de los asegurados. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de atención preventiva cubiertos por este plan, incluso los servicios de planificación familiar, o sobre su costo por dichos servicios, consulte su Evidencia de Cobertura o Descripción Resumida del Plan, o póngase en contacto con Presbyterian Health Plan llamando al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Estos servicios tienen que ser médicamente necesarios según se define en la Descripción Resumida del Plan.

[2] Se exige una revisión previa al ingreso y/o una autorización previa; se puede aplicar una multa de $250, una reducción o una denegación a los servicios del centro clínico y del proveedor si no se obtiene la revisión previa al ingreso y/o la autorización previa requeridas.

[3] Este beneficio incluye un límite anual de visitas. Consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.

[4] Se exime del coseguro por los servicios de urgencias si se produce una hospitalización; en ese caso, se aplican el deducible y el coseguro de la hospitalización.

[5] Los trasplantes están cubiertos dentro de la red únicamente por proveedores de Nivel I o Nivel II. Los servicios de administración de casos para pacientes con trasplantes tienen que obtenerse de Presbyterian Health Plan llamando al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

[6] Los pacientes tienen la obligación de pagar el copago o deducible y el coseguro relacionados con el lugar que presta el servicio, los servicios auxiliares y los procedimientos adicionales realizados al mismo tiempo. Siguen aplicándose las normas de autorización previa.

Para obtener información sobre el aviso de no discriminación de Presbyterian Health Plan, visite **https://www.phs.org/nondiscrimination.**

---

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.

Para más información, visite **https://www.phs.org/nondiscrimination**.

La línea de servicio al cliente exclusiva para empleados del estado de Nuevo México está disponible de **lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.**

**(505) 923-5600** o al número gratuito **1-888-275-7737**
TTY 711

**www.phs.org/sonm**

PRESBYTERIAN
Health Plan, Inc.