

MRM Residential Management - PPO Blue Healthy Savings \$3,000Q 80/50 con receta

Este programa es un plan calificado con deducible alto, según la definición del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Está diseñado para usarse con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). En la tabla a continuación, verá lo que su plan cubre por servicios específicos. Podría tener que pagar una tarifa de instalación, un cargo clínico o una tarifa o cargo similar (además de los honorarios profesionales) si su consulta o servicio se presta en un centro que califica como departamento hospitalario o edificio satélite de un hospital.

Beneficio	Red	Fuera de la red
Disposiciones generales		
Fecha de entrada en vigor	01/07/2025	
Período de beneficio (1)	Año del contrato	
Deducible (por período de beneficio)		
Individual	\$3,000	\$5,000
Familia	\$6,000	\$10,000
Plan Pays: pago basado en la asignación del plan	80% después del deducible	50% después del deducible
Límite de gastos de bolsillo (incluye gastos de medicamentos recetados, coaseguro y copagos). Una vez alcanzado, el plan paga el 100 % del coaseguro durante el resto del período de beneficios.		
Individual	Ninguno	\$10,000
Familia	Ninguno	\$20,000
Gasto máximo total de bolsillo (incluye deducible, coseguro, copagos, costo compartido de medicamentos recetados y otros gastos médicos calificados, solo dentro de la red) (2) Una vez alcanzado, el plan paga el 100 % de los servicios cubiertos por el resto del período de beneficios.		
Individual	\$4,000	No aplicable
Familia	\$8,000	No aplicable
Visitas al consultorio/clínica/atención de urgencia		
Visitas a clínicas minoristas y visitas virtuales	de \$30 después del deducible	50% después del deducible
Visitas al consultorio y visitas virtuales del médico de atención primaria (PCP)	de \$30 después del deducible	50% después del deducible
Visitas al consultorio de especialistas y visitas virtuales	\$60 después del deducible	50% después del deducible
Tarifa del sitio de origen del proveedor de visitas virtuales	80% después del deducible	50% después del deducible
Visitas al centro de atención de urgencia	\$100 después del deducible: el copago no se aplica a las visitas al centro de atención de urgencia prescritas para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias.	50% después del deducible
Servicios de telemedicina (3)	80% después del deducible	No cubierto
Atención preventiva (4)		
Rutina de adultos		
Exámenes físicos	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Vacunas para adultos	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Exámenes ginecológicos de rutina, incluida la prueba de Papanicolaou	100% (no aplica deducible)	50% (no aplica deducible)
Exámenes de detección de cáncer de mama (anuales de rutina y complementarios)	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Asesoramiento genético y pruebas genéticas relacionadas con BRCA	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Detección del cáncer colorrectal	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Pediatría de rutina		
Exámenes físicos	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Vacunas pediátricas	100% (no aplica deducible)	50% (no aplica deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no aplica deducible)	50% después del deducible
Gastos de hospitalización y médico-quirúrgicos (incluida maternidad) (5)		
Paciente hospitalizado	Copago de \$500 por día de internación (Máximo 5 días) después del deducible	50% después del deducible
Paciente ambulatorio del hospital	80% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria (instalación)	El copago no se aplica a cirugía ambulatoria (instalación) para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.	
	de \$500 después del deducible	50% después del deducible

Beneficio	Red	Fuera de la red
Servicios quirúrgicos (profesionales)	80% después del deducible	50% después del deducible
Maternidad (servicios profesionales no preventivos) incluyendo hija dependiente	80% después del deducible	50% después del deducible
Atención médica (incluidas visitas y consultas de pacientes hospitalizados)	80% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia		
Servicios de sala de emergencias (5)	\$300 (exento si es admitido) después del deducible de la red	
Ambulancia – Emergencia	80% después del deducible de la red	
Ambulancia – No emergencia (6)	80% después del deducible de la red	50% después del deducible
Terapia y Rehabilitación/Habilitativa Servicios		
Medicina Física	\$60 después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 30 visitas/período de beneficio. El límite no se aplica cuando los servicios de terapia se prescriben para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias.	
Terapia ocupacional	\$60 después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 30 visitas/período de beneficio. El límite no se aplica cuando los servicios de terapia se prescriben para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias.	
Terapia del habla	\$60 después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 20 visitas/período de beneficio. El límite no se aplica cuando los servicios de terapia se prescriben para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias.	
Terapia respiratoria	80% después del deducible	50% después del deducible
Manipulaciones espinales	\$60 después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 20 visitas/período de beneficio	
Otros servicios terapéuticos (rehabilitación cardíaca, terapia de infusión, quimioterapia, radioterapia y diálisis)	80% después del deducible	50% después del deducible
Salud mental/abuso de sustancias		
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	Copago de \$500 por día de internación (Máximo 5 días) después del deducible	50% después del deducible
Desintoxicación/rehabilitación para pacientes hospitalizados	Copago de \$500 por día de internación (Máximo 5 días) después del deducible	50% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: incluye visitas virtuales de salud conductual	\$60 después del deducible	50% después del deducible
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$60 después del deducible	50% después del deducible
Otros servicios		
Acupuntura	\$60 después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 20 visitas/período de beneficio	
Extractos e inyecciones para la alergia	80% después del deducible	50% después del deducible
Análisis conductual aplicado al trastorno del espectro autista (7)	80% después del deducible	50% después del deducible
Procedimientos de fertilización asistida	80% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía bariátrica	No cubierto	No cubierto
Servicios dentales relacionados con lesiones accidentales	80% después del deducible	50% después del deducible
Tratamiento de la diabetes Equipos y suministros Programa de Educación sobre la Diabetes	80% después del deducible	50% después del deducible
	80% después del deducible	50% después del deducible
	100% (no aplica deducible)	No cubierto
Programa de Gestión del Cuidado de la Diabetes (DCMP): Monitoreo digital, incluye consulta de telesalud para la prueba de A1C	Los sprints de monitorización continua de glucosa están limitados a tres (3) por período de beneficio.	
DCMP – Todas las demás consultas de telesalud	80% después del deducible	No cubierto
Servicios de diagnóstico Imágenes avanzadas (Resonancia magnética, TAC, PET, etc.) Servicios básicos de diagnóstico (imágenes estándar, diagnóstico médico, laboratorio/patología, pruebas de alergia) Mamografías (medicamento necesarias)	Los copagos, si los hubiera, no se aplican a los servicios de diagnóstico prescritos para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias.	
	de \$200 después del deducible	50% después del deducible
	\$60 después del deducible	50% después del deducible
Equipos médicos duraderos, órtesis y prótesis	80% después del deducible	50% después del deducible
Atención médica domiciliaria	80% después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 90 visitas/período de beneficio	

Beneficio	Red	Fuera de la red
Hospicio	80% después del deducible	50% después del deducible
Asesoramiento, pruebas y tratamiento de la infertilidad ⁽⁸⁾	80% después del deducible	50% después del deducible
Enfermería privada	80% después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 240 horas/periodo de beneficio	
Atención en un centro de enfermería especializada	Copago de \$250 por día de internación (Máximo 5 días) después del deducible	50% después del deducible
	Límite de beneficio: 120 días/periodo de beneficio	
Servicios de trasplante	80% después del deducible	50% después del deducible
Requisitos de precertificación/autorización ⁽⁹⁾	Sí	
Medicamentos con receta		
Deducible de medicamentos recetados Individual Familia	Integrado con deducible médico Integrado con deducible médico	
Programa de medicamentos recetados ⁽¹⁰⁾ Elección SensibleRx Definido por la Red Nacional de Farmacias Plus (no por la Red de Médicos). Las recetas surtidas en farmacias fuera de la red no están cubiertas. Su plan utiliza el Formulario Integral con Diseño de Beneficios de Incentivo. Algunos medicamentos especializados están limitados a un suministro de 31 días	Medicamentos al por menor (suministro para 31/60/90 días) Genérico: copago de \$20/ \$40/ \$60 después del deducible de la red Marca del formulario: copago de \$40/\$80/\$120 después del deducible de la red Marca fuera del formulario: copago de \$70/\$140/\$210 después del deducible de la red	
	Medicamentos especializados (suministro limitado a 31 días) 50% Medicamentos especializados \$500 máximo por receta después del deducible de la red	
	Medicamentos de mantenimiento por correo (suministro para 90 días) Genérico: copago de \$40 después del deducible de la red Marca del formulario: copago de \$80 después del deducible de la red Marca fuera del formulario: copago de \$140 después del deducible de la red	

Este no es un contrato. Este resumen de beneficios presenta únicamente los aspectos destacados del plan. Consulte la documentación de la póliza/plan, ya que se aplican limitaciones y exclusiones. La documentación de la póliza/plan prevalece en caso de conflicto con este resumen de beneficios.

Firma del representante del cliente	Título	Fecha
-------------------------------------	--------	-------

- El período de beneficios de su grupo se basa en un Año de Contrato. El Año de Contrato es un período consecutivo de 12 meses que comienza en la fecha de entrada en vigor de su empleador. Comuníquese con su empleador para determinar la fecha de entrada en vigor aplicable a su programa.
- El Gasto Máximo Total de Bolsillo (TMOOP) de la Red es un requisito del gobierno federal. Este TMOOP debe incluir deducible, coaseguro, copagos, costo compartido de medicamentos recetados y cualquier gasto médico calificado. Si está inscrito en un plan "Familiar", con su deducible no integrado, debe cubrir todo el deducible familiar antes de que comience el reembolso de reclamaciones. Además, con su límite de gastos de bolsillo no integrado, debe cubrir todo el límite de gastos de bolsillo familiar antes de que comience el reembolso de reclamaciones adicionales. Finalmente, con su TMOOP integrado, una vez que cualquier miembro de la familia elegible cumpla con su TMOOP individual, las reclamaciones se cubrirán al 100% de la asignación del plan para gastos cubiertos, durante el resto del año del plan. Las reclamaciones de los demás miembros de la familia se cubrirán al 100% una vez que se alcance el monto del TMOOP familiar .
- Los servicios de telemedicina (atención aguda para enfermedades leves, disponible a demanda las 24 horas, los 7 días de la semana) deben ser prestados por un proveedor de telemedicina designado por Highmark. Los servicios adicionales proporcionados por un proveedor de telemedicina designado se pagan según la categoría de beneficio a la que pertenecen (por ejemplo, el médico de cabecera (PCP) cumple con el beneficio de consulta médica, y el de salud conductual cumple con el beneficio de servicios ambulatorios de salud mental).
- Los servicios se limitan a los que figuran en el Programa de Prevención de Highmark (puede aplicarse el Programa de Prevención de Salud de la Mujer).
- Los beneficios por Servicios de Atención de Emergencia prestados por un Proveedor Fuera de la Red se pagarán según el nivel de servicios de la Red. Los beneficios por Servicios Hospitalarios o de Atención Médica prestados por un Proveedor Fuera de la Red a un miembro que requiera hospitalización u observación inmediatamente después de recibir Servicios de Atención de Emergencia se pagarán según el nivel de servicios de la Red. El miembro no será responsable de ningún monto facturado por el Proveedor Fuera de la Red que exceda la asignación del plan para dichos servicios.
- Los servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores fuera de la red estarán cubiertos por el nivel de beneficios más alto de la red.
- La evaluación diagnóstica para diagnosticar Trastornos del Espectro Autista puede ser realizada por un médico colegiado, un asistente médico colegiado, un psicólogo colegiado o un enfermero titulado. Las evaluaciones diagnósticas realizadas por un médico colegiado, un asistente médico colegiado o un enfermero titulado estarán cubiertas según lo especificado en la categoría de beneficios de Visita al Consultorio. Las evaluaciones diagnósticas realizadas por un psicólogo colegiado estarán cubiertas según lo especificado en la categoría de beneficios de Servicios de Salud Mental - Pacientes Ambulatorios. El Análisis Conductual Aplicado para el tratamiento de Trastornos del Espectro Autista estará cubierto según lo especificado anteriormente. Todos los demás Servicios Cubiertos para el tratamiento de Trastornos del Espectro Autista estarán cubiertos según la categoría de beneficios (p. ej., logopedia, servicios de diagnóstico). Los servicios para el tratamiento de Trastornos del Espectro Autista no reducen los límites de visitas/días.
- El tratamiento incluye la cobertura para la corrección de un problema físico o médico asociado con la infertilidad. La terapia farmacológica para la infertilidad puede estar cubierta o no, dependiendo del programa de medicamentos recetados de su grupo.
- Si recibe servicios de un proveedor fuera del área o de la red, debe comunicarse con la Administración de Utilización de Highmark antes de una hospitalización programada, antes de recibir ciertos servicios ambulatorios o dentro de las 48 horas posteriores a una emergencia o

hospitalización no programada para obtener la precertificación requerida. Si no se obtiene la precertificación y posteriormente se determina que todos o parte de los servicios recibidos no fueron médicamente necesarios o apropiados, usted será responsable del pago de cualquier costo no cubierto por su plan de salud.

- 10) En una farmacia minorista o de venta por correo, si no ha alcanzado su deducible, usted paga el costo total de su medicamento recetado al precio con descuento negociado por Highmark. El monto que pague por su receta se aplicará a su deducible. Si ha alcanzado su deducible, solo pagará la responsabilidad del miembro según el nivel de beneficio indicado anteriormente. Pagará este monto en la farmacia al surtir su receta. El formulario de Highmark es una lista extensa de medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), seleccionados por su calidad, seguridad y eficacia. El formulario fue desarrollado por Highmark Pharmacy Services y aprobado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Highmark, compuesto por farmacéuticos clínicos y médicos. Todos los formularios del plan incluyen productos en todas las categorías terapéuticas principales. Los formularios del plan varían según la cantidad de medicamentos que cubren y los requisitos de costo compartido. Su programa incluye cobertura para medicamentos del formulario y fuera del formulario con los montos de copago o coaseguro indicados anteriormente. Con SensibleRx Choice, al comprar un medicamento de marca con un equivalente genérico, usted será responsable del costo compartido del medicamento de marca indicado para el miembro, más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, a menos que su médico solicite que se le suministre el medicamento de marca. Su plan exige que utilice una farmacia especializada específica para los medicamentos para la hemofilia. Para más información, comuníquese con el servicio de atención al miembro. Su plan ofrece el programa Free Market Health para ciertos medicamentos especializados. Una de las farmacias especializadas de la red se pondrá en contacto con usted para brindarle un servicio de calidad, atención y coordinación para el surtido y la entrega de sus recetas especializadas. No es necesario inscribirse.

Los beneficios y/o la administración de beneficios pueden ser proporcionados por o a través de Highmark Inc. d/b/a Highmark Blue Shield, que es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.