

## MRM Residential Management - PPO Blue Compartir \$3,000 con Rx

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 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
<b>Disposiciones generales</b>		
<b>Fecha de entrada en vigor</b>	01/07/2025	
<b>Período de beneficio (1)</b>	Año del contrato	
<b>Deducible</b> (por período de beneficio)		
Individual	\$3,000	\$5,000
Familia	\$6,000	\$10,000
<b>Plan Pays:</b> pago basado en la asignación del plan	100% después del deducible	50% después del deducible
<b>Límite de desembolso personal</b> (una vez alcanzado, el plan paga el 100 % del coseguro por el resto del período de beneficios)		
Individual	Ninguno	\$10,000
Familia	Ninguno	\$20,000
<b>Gasto máximo total de bolsillo</b> (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
<b>Visitas al consultorio/clínica/atención de urgencia</b>		
<b>Visitas a clínicas minoristas y visitas virtuales</b>	100% después de un copago de \$30	50% después del deducible
<b>Visitas al consultorio y visitas virtuales del médico de atención primaria (PCP)</b>	100% después de un copago de \$30	50% después del deducible
<b>Visitas al consultorio de especialistas y visitas virtuales</b>	100% después de un copago de \$60	50% después del deducible
Tarifa del sitio de origen del proveedor de visitas virtuales	100% después del deducible	50% después del deducible
<b>Visitas al centro de atención de urgencia</b>	100% después de un copago de \$100 - el copago no se aplica a las visitas al centro de atención de urgencia prescritas para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias	50% después del deducible
<b>Servicios de telemedicina (3)</b>	100% (no aplica deducible)	No cubierto
<b>Atención preventiva (4)</b>		
<b>Rutina de adultos</b>		
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
<b>Pediatría de rutina</b>		
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
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de sala de emergencias (5)</b>	Copago de \$300 (exento si es admitido) después del deducible de la red	
<b>Ambulancia – Emergencia</b>	100% después del deducible de la red	
<b>Ambulancia – No emergencia (6)</b>	100% después del deducible	50% después del deducible
<b>Gastos de hospitalización y médico-quirúrgicos (incluida maternidad) (5)</b>		
<b>Paciente hospitalizado</b>	100% después de un copago de \$500 por día de internación (máximo de 5 días)	50% después del deducible
<b>Paciente ambulatorio del hospital</b>	100% después del deducible	50% después del deducible

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

Beneficio	Red	Fuera de la red
Atención médica domiciliaria	100% después del deducible	50% después del deducible
	<b>Límite de beneficio:</b> 90 visitas/periodo de beneficio, total con enfermera visitante	
Hospicio	100% después del deducible	50% después del deducible
Asesoramiento, pruebas y tratamiento de la infertilidad <sup>(8)</sup>	100% después del deducible	50% después del deducible
Enfermería privada	100% después del deducible	50% después del deducible
	<b>Límite de beneficio:</b> 240 horas/periodo de beneficio	
Atención en un centro de enfermería especializada	100% después de un copago de \$250 por día de internación (máximo de 5 días)	50% después del deducible
	<b>Límite de beneficio:</b> 120 días/periodo de beneficio	
Servicios de trasplante	100% después del deducible	50% después del deducible
Requisitos de precertificación/autorización <sup>(9)</sup>	Sí	

Medicamentos con receta	
<b>Deducible de medicamentos recetados</b> Individual Familia	Ninguno Ninguno
<b>Programa de medicamentos recetados</b> <sup>(10)</sup> 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.  <b>Algunos medicamentos especializados están limitados a un suministro de 31 días</b>	<b>Medicamentos al por menor (suministro para 31/60/90 días)</b> Genérico: copago de \$20/ \$40/ \$60 Marca del formulario: copago de \$40 / \$80 / \$120 Marca fuera del formulario: copago de \$70 / \$140 / \$210  <b>Medicamentos especializados (suministro limitado a 31 días)</b> 50% Medicamentos especializados \$500 máximo por receta i <b>Medicamentos de mantenimiento por correo (suministro para 90 días)</b> Genérico: copago de \$40 Marca del formulario: copago de \$80 Marca no incluida en el formulario: copago de \$140

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

- 1) 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.
- 2) El Gasto Máximo Total de Bolsillo de la Red (TMOOP) es un mandato del gobierno federal, el TMOOP debe incluir deducible, coseguro, copagos, costo compartido de medicamentos recetados y cualquier gasto médico calificado.
- 3) 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).
- 4) 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).
- 5) 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.
- 6) Los servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores fuera de la red estarán cubiertos por el nivel de beneficios más alto de la red.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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 o 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) 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 los Servicios Farmacéuticos de Highmark y aprobado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Highmark, compuesto por farmacéuticos clínicos y médicos. Todos los formularios de los planes incluyen productos de todas las categorías terapéuticas principales. Los formularios de los planes 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 coseguro 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 dispense el medicamento de marca. Con el programa de Entrega Exclusiva a Domicilio, puede surtir sus medicamentos de mantenimiento en una farmacia minorista dos veces. Posteriormente, deberá surtir sus medicamentos de mantenimiento a través del programa de pedidos por correo. Su plan requiere que utilice una farmacia especializada específica para sus medicamentos para la hemofilia. Para más información, comuníquese con el departamento de atención al cliente. Su plan ofrece el programa Free Market

Health para ciertos medicamentos especializados. Una farmacia 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.