

Albuquerque Public Schools

Aspectos destacados del plan – 2025

Administered by:



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Enumera los copagos, el deducible, los porcentajes de coseguro de los miembros, los límites de desembolso personal y proporciona una breve descripción de los beneficios del Plan Médico de las Escuelas Públicas de Albuquerque.

Beneficios del plan EPO	Participación del miembro en los cargos cubiertos
	A Escala Nacional Proveedor EPO ¹
No existe un beneficio máximo de por vida. Sin embargo, ciertos servicios tienen límites máximos anuales. Vea abajo.	
Deducible anual¹ El deducible no se aplica a servicios con copagos o "Sin Cargo".	\$1,000/Individual \$2,000/Dos Personas \$2,500/Familia
Límite anual de gastos de bolsillo Incluye deducible, coseguro y copagos; NO medicamentos recetados, multas ni cargos no cubiertos. ²	\$5,000/Individual \$10,000/Dos Personas \$12,500/Familia
Coseguro	20%
Médico de atención primaria (PCP) Visita al consultorio/examen y visita inicial al consultorio para diagnosticar el embarazo; Telesalud/Telemedicina	\$30 de copago/visita
Visita Virtual – (proveedores MDLIVE)	Sin Cargo
Pruebas y tratamiento de COVID-19	Según el lugar de tratamiento y el tipo de servicio
Maternidad (visita inicial al consultorio, gastos de parto prenatal, posnatal y obstetricia) Consulte la página siguiente para conocer los beneficios hospitalarios.	\$60 de copago/visita
Salud Mental y Dependencia Química (MH/CD) (ambulatorio/consultorio); Telesalud/Telemedicina	Sin Cargo
Visita Virtual (MH/CD) – (Proveedores de MDLIVE)	Sin Cargo
Visita al consultorio del especialista y visita inicial al consultorio para diagnosticar el embarazo; Telesalud/Telemedicina	\$60 de copago/visita
Cirugía en el consultorio (incluidos yesos, férulas y vendajes)	Copago de visita al consultorio
Visitas al consultorio de alergias, pruebas, tratamiento Preparación de extractos antialérgicos, suero antialérgico e inyecciones antialérgicas	\$60 de copago/visita \$10 de copago/visita
Inyección terapéutica (facturada sin visita al consultorio)	Sin Cargo
Servicios Preventivos Exámenes físicos y ginecológicos de rutina para adultos, atención de bienestar infantil; Exámenes de visión o audición de rutina, pruebas relacionadas (incluye pruebas de Papanicolaou de rutina, pruebas de colesterol, análisis de orina, etc.), colonoscopias, vacunas; Asesoramiento para dejar de fumar/tabaco	Sin Cargo (sin deducible)
Acupuntura, quiropráctica, masoterapia y Rolwing (máximo 25 visitas/año; todos los servicios combinados)	\$30 de copago/visita
Servicios de Ambulancia Transporte terrestre y aéreo de emergencia ⁴ (debe ser médicamente necesario)	20% ⁴
Desórdenes del espectro autista Análisis conductual aplicado ⁴ Terapia ocupacional, física y del habla	Sin Cargo
Biorretroalimentación (solo para servicios específicos)	\$60 de copago/visita
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	\$0 de copago/visita
Servicios de accidentes dentales/faciales, cirugía bucal y ATM/CMJ⁴	20%
Suministros para diabéticos	Sin Cargo
Tratamiento en la sala de emergencias	\$450 copago
Audifonos, moldes para oídos, adaptación y dispensación (solo para dependientes menores de 21 años)	Sin cargo hasta \$2,200/36 meses
Visita de oficina	\$60 de copago/visita
Atención médica domiciliaria/I.V. domiciliaria Servicios (Nivel máximo de proveedor no EPO: 120 visitas/año)	\$60 de copago/visita
Servicios de hospicio (Duelo/3 sesiones. Cuidados de relevo (5 días consecutivos por cada 60 días de cuidados paliativos; no se permiten más de dos estadías de relevo) ^{4,5}	20%

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Beneficios del plan EPO No existe un beneficio máximo de por vida. Sin embargo, ciertos servicios tienen límites máximos anuales. Vea abajo.	Participación del miembro en los cargos cubiertos
	A Escala Nacional Proveedor EPO¹
Infertilidad (servicios de pruebas para identificar el diagnóstico médico)	Basado en el lugar de servicio
Laboratorio, rayos X y otras pruebas de diagnóstico básicas	\$30 copago/día
Centro de imágenes independiente	\$120 copago/día ⁴
Hospital	20% ⁴
Alojamiento y comida, y servicios auxiliares cubiertos para: servicios médicos/quirúrgicos, rehabilitación para pacientes hospitalizados y relacionados con la maternidad y el parto	20% ⁵
Salud Mental/Dependencia Química (incluida la Hospitalización Parcial); Centro de Tratamiento Residencial (RTC) – Salud Mental/Dependencia Química (MH/CD)	Sin Cargo ⁵
Atención de rutina de enfermería/pediatra para recién nacidos cubiertos: centro	Sin cargo (todos los cargos cubiertos según los reclamos de la madre) ⁵
Estancia prolongada del recién nacido	20% ⁵
Centro para pacientes ambulatorios/cirujano/médico (incluidos procedimientos quirúrgicos relacionados con el embarazo y la planificación familiar)	20%
Medicamentos recetados, productos nutricionales enterales, alimentos médicos especiales, dejar de fumar/tabaco	Para obtener más información, consulte el Resumen de beneficios de Express Scripts o llame a Express Scripts al 1-866-563-9297
Rehabilitación a corto plazo Terapia Ocupacional, Física y del Habla; Rehabilitación para pacientes ambulatorios/en consultorio (máximo 60 visitas por afección/año, combinadas para proveedores dentro y fuera de la red)	Copago de \$30/visita hasta un máximo anual de \$480
Centro de enfermería especializada (máximo 60 días por año, combinado para proveedores dentro y fuera de la red) ⁵	20%
Estudios del sueño (paciente hospitalizado y laboratorio del sueño)^{4,5}	20%
Suministros, equipo médico duradero, prótesis y aparatos ortopédicos⁴ (es posible que se requiera autorización previa)	20% ⁶ (sin deducible)
Terapia: quimioterapia, diálisis y radiación.	20%
Servicios de trasplante (Deben recibirse en un centro que tenga contrato con BCBSNM o con la red nacional de trasplantes de BCBS ^{4,5}).	
Córnea, Riñón, Médula Ósea	Según lugar de tratamiento y tipo de servicio ^{4,5}
Corazón, Corazón-Pulmón, Hígado, Pulmón y Páncreas-Riñón	20% ^{4,5}
Centro de atención de urgencia	\$75 copago/visita

Notas a pie de página:

¹ El deducible debe alcanzarse antes de realizar los pagos de beneficios por servicios con coseguro.

² Después que un miembro alcanza el límite de desembolso personal correspondiente, el plan APS paga el 100 por ciento de la mayoría de los cargos del proveedor de EPO cubiertos por ese miembro.

³ El tratamiento inicial de una emergencia médica o una visita de atención de urgencia se paga a nivel del proveedor EFPO. El tratamiento de seguimiento y el tratamiento que no sea para una emergencia o atención de urgencia que brinde un proveedor que no pertenezca a EPO no estarán cubiertos.

⁴ Ciertos servicios no están cubiertos si no se obtiene la autorización previa de BCBSNM. Consulte el Folleto de beneficios del miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

⁵ Se requiere autorización previa para las admisiones de pacientes hospitalizados. Consulte el Folleto de beneficios para miembros para obtener más detalles.

⁶ Los beneficios de alquiler de equipos médicos y otros artículos no excederán el precio de compra de una unidad nueva.

⁷ EPO: La organización de proveedores exclusivos brinda cobertura ÚNICAMENTE dentro de la red con cobertura a nivel nacional.

*Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico u otro proveedor profesional en una de las siguientes categorías de práctica: medicina familiar o general, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología y ginecología únicamente. Un "PPP" es un proveedor primario preferido en la red de proveedores EPO.

Importante: Los montos deducibles y los porcentajes de coseguro se aplican a los cargos cubiertos de BCBSNM, que pueden ser menores que los cargos facturados por el proveedor. Los proveedores de EPO no le cobrarán la diferencia entre el cargo cubierto y el cargo facturado por los servicios cubiertos.

Nota: El plan médico de APS es un plan autofinanciado. BCBSNM proporciona pago de reclamos administrativos únicamente y no asume ningún riesgo u obligación financiera con respecto a los reclamos, excepto como se especifica en el Acuerdo de Servicios Administrativos.

This is a summary only – please refer to the Summary of Benefits and Coverage (SBC) document and Benefit Booklet for more details.