



Planes individuales de HMO de True Health New Mexico en el 2021

Esta tabla de beneficios solo contiene lo más destacado del plan y está sujeta a cambios. Los términos específicos de cobertura se enumeran en el Resumen de Beneficios y Cobertura y en la Evidencia de Cobertura (guía de los asegurados), incluso las limitaciones y exclusiones del plan.

	True Gold Premier HMO	True Gold 2 HMO	True Gold HMO	True Silver Premier HMO	True Silver Premier A HMO	True Silver HMO	True Silver HDHP HMO	True Bronze Premier HMO	True Bronze HMO	True Bronze HDHP HMO
Deducible anual dentro de la red	\$500 individual \$1,000 familia	\$1,500 individual \$3,000 familia	\$2,500 individual \$5,000 familia	\$4,000 individual \$8,000 familia	\$5,000 individual \$10,000 familia	\$5,500 individual \$11,000 familia	\$3,000 individual \$6,000 familia	\$6,750 individual \$13,500 familia	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$6,900 individual \$13,800 familia
Coseguro ¹	30%	30%	20%	30%	30%	40%	20%	40%	0%	0%
Cantidad máxima anual de gastos del bolsillo ²	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$5,000 individual \$10,000 familia	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$6,000 individual \$12,000 familia	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$8,550 individual \$17,100 familia	\$6,900 individual \$13,800 familia
Servicios médicos preventivos ³	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada
Atención médica primaria	\$10/consulta	\$25/consulta	\$15/consulta	\$25/consulta	\$20/consulta	\$20/consulta	20%	\$35/consulta	\$35/consulta	0%
Atención médica de especialista	\$50/consulta	\$75/consulta	\$75/consulta	\$75/consulta	\$100/consulta	\$100/consulta	20%	40%	0%	0%
Consultas de salud de comportamiento para pacientes ambulatorios	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	20%	No se le cobra nada	No se le cobra nada	0%
Atención médica urgente	\$15/consulta	\$30/consulta	\$20/consulta	\$30/consulta	\$20/consulta	\$25/consulta	20%	\$40/consulta	\$40/consulta	0%
Servicios en la sala de emergencias	30%	30%	20%	30%	30%	40%	20%	40%	0%	0%
Ecografías MRI, CT/PET	\$350/prueba	30%	20%	30%	\$500/prueba	40%	20%	40%	0%	0%
Terapias PT/OT/ST ⁴	\$10/consulta	\$25/consulta	\$15/consulta	\$25/consulta	\$20/consulta	\$20/consulta	20%	\$35/consulta	\$35/consulta	0%
Hospital para pacientes ambulatorios	30%	30%	20%	30%	30%	40%	20%	40%	0%	0%
Hospital para pacientes internados	30%	30%	20%	30%	30%	40%	20%	40%	0%	0%
Servicios de laboratorio y radiografías ⁵	\$15 prueba de laboratorio \$75 radiografía	30%	\$15 prueba de laboratorio 20% radiografía	\$25 prueba de laboratorio \$100 radiografía	\$5 prueba de laboratorio \$100 radiografía	\$25 prueba de laboratorio 40% radiografía	20%	40%	0%	0%
Medicamentos genéricos preferenciales ⁶	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	20%	No se le cobra nada	No se le cobra nada	0%
Medicamentos genéricos	\$10/Rx	\$10/Rx	\$10/Rx	\$25/Rx	\$25/Rx	\$25/Rx	20%	\$50/Rx	0%	0%
Medicamentos de marca	\$50/Rx	\$75/Rx	\$50/Rx	\$75/Rx	\$85/Rx	\$75	20%	40%	0%	0%
Medicamentos de marca no preferenciales	\$125/Rx	30%	\$125/Rx	\$150/Rx	\$150/Rx	40%	20%	40%	0%	0%
Medicamentos especializados preferenciales	40%	40%	40%	40%	40%	40%	20%	40%	0%	0%
Medicamentos especializados no preferenciales	50%	50%	50%	50%	50%	50%	20%	40%	0%	0%

1. Todos los porcentajes de coseguro son después de que se haya pagado el deducible, a menos que se especifique lo contrario.
2. La cantidad máxima anual de gastos del bolsillo incluye el deducible, los copagos, el coseguro y los costos de los medicamentos con receta.
3. Tal vez se apliquen los costos compartidos por los servicios que se presten durante las consultas si no corresponden a la atención médica preventiva; por ejemplo, la atención médica primaria o de especialista o los servicios de la sala de emergencias.
4. PT/OT/ST son servicios de terapia. PT = Terapia física, OT = Terapia ocupacional, ST = Terapia del habla.
5. Tal vez se apliquen los costos compartidos por otros servicios que se presten durante la consulta; por ejemplo, los copagos de la sala de emergencias y de la atención médica primaria o de especialista.
6. True Health New Mexico ofrece medicamentos por un copago de \$0 para muchos problemas médicos crónicos conforme a la mayoría de los planes. El copago de \$0 se aplica a algunos medicamentos genéricos, con tal que se surtan en farmacias participantes, para los siguientes problemas médicos crónicos: asma, trastorno bipolar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [COPD por sus siglas en inglés], insuficiencia cardíaca congestiva [CHF por sus siglas en inglés], enfermedad de las arterias coronarias, depresión, diabetes, hipercolesterolemia (el colesterol alto), hipertensión (la presión arterial alta); y los medicamentos orales de quimioterapia. Favor de consultar la Guía de Referencia de la Lista de Medicamentos que cubre True Health New Mexico [Formulary] en www.truehealthnewmexico.com/member-pharmacy-formulary/ para ver una lista completa de los medicamentos por un copago de \$0 para los asegurados de True Health New Mexico.

Todos los planes tienen una cantidad máxima de gastos del bolsillo y un deducible incorporado.

Estos planes no incluyen los servicios dentales pediátricos que se exigen conforme a la Ley Federal de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección de Pacientes [Patient Protection and Affordable Care Act]. Dicha cobertura está a su disposición en el mercado de seguros en línea y se puede comprar como producto independiente. Favor de comunicarse con su agente o compañía de seguros o con el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México [New Mexico Health Insurance Exchange] (www.beWellnm.com) si desea comprar la cobertura de seguro dental pediátrico o un producto independiente de seguro dental.