

Resumen del programa de beneficios

Plan de salud

Nombre de la universidad: Universidad de Nebraska -
Plan estudiantil

Año de beneficios: Año académico 2015/2016
(consulte adjunto)

Pago por servicios	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Los servicios con cobertura son reembolsados con base en el cargo permitido. Los proveedores dentro de la red de Blue Cross and Blue Shield of Nebraska acordaron aceptar el pago de beneficios como pago completo, sin incluir los montos del deducible, coaseguro o copago y ningún cargo por servicios sin cobertura, los cuales son responsabilidad de la persona cubierta. Eso significa que los proveedores dentro de la red, de acuerdo con los términos de su contrato con Blue Cross and Blue Shield, no pueden cobrar por montos superiores al monto contratado. Los proveedores fuera de la red pueden cobrar montos superiores al monto permitido para los servicios fuera de la red. Los servicios con cobertura prestados por las clínicas de salud para los estudiantes universitarios en UNK, UNL, UNO y UNMC tendrán cobertura sin que los miembros paguen parte del costo, salvo como se muestra en la sección de medicamentos recetados.		
Deducible (Integrado*) - Individual - Familiar	\$500 \$1,000	\$1,000 \$2,000
Coaseguro - La persona cubierta paga - El plan paga	20% 80%	50% 50%
Límite de desembolso directo (Integrado*) (incluye deducible, coaseguro y copagos) - Individual - Familiar	\$2,500 \$5,000	\$5,000 \$10,000
Una vez se alcance el límite anual de desembolso directo, el plan paga el 100% de la mayoría de los servicios con cobertura por el resto del año de beneficios. El deducible y el límite de desembolso directo dentro de la red y fuera la red se acumulan entre ellos. Todos los otros límites (días, visitas, sesiones, cantidades de dinero, etc.) se acumulan entre sí entre dentro de la red y fuera de la red, a menos que se indique de manera diferente.		
*Integrado: si tiene cobertura individual, solo tiene cumplir con los montos individuales de deducible y el límite de desembolso directo. Si tiene cobertura familiar, ningún miembro de la familia contribuye más que el monto individual. Los miembros de las familias podrán combinar sus gastos con cobertura para satisfacer los montos necesarios de deducible y de desembolso directo.		

Servicios cubiertos - Enfermedad o lesión	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Consultorio del médico • Servicios en el consultorio del médico de atención primaria • Servicios en el consultorio del médico especialista	\$20 de copago \$30 de copago	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro
Los beneficios del médico de atención primaria incluyen la consulta brindada por un médico que tiene la mayor parte de su práctica en medicina interna o general, obstetricia/ginecología, pediatría general o práctica familiar. Un asistente médico y una enfermera certificada con práctica médica están cubiertos de la misma manera que un médico de atención primaria. Los beneficios del médico especialista incluyen la visita al consultorio de un médico que no es un médico de atención primaria.		
Servicios profesionales del médico (servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados)	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Servicios de un centro de atención médica de urgencia (un único copago aplica a cada consulta por atención de urgencia)	\$75 de copago	Deducible y coaseguro
Servicios de atención de emergencia (servicios recibidos en una sala de emergencia de un hospital) • Centro • Servicios profesionales (el copago no aplica si es admitido en el hospital en las siguientes 24 horas por el mismo diagnóstico)	\$300 de copago, luego deducible y coaseguro Deducible y coaseguro	Nivel de beneficios dentro de la red Nivel de beneficios dentro de la red
Servicios del centro u hospital para pacientes ambulatorios	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Servicios del centro u hospital para pacientes hospitalizados	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro

Servicios preventivos	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Servicios preventivos • Servicios preventivos requeridos por la Ley del cuidado de la salud a bajo precio (Affordable Care Act, ACA) (pueden estar sujetos a límites que incluyen, pero no están limitados a, edad, sexo y frecuencia) • Servicios preventivos cubiertos requeridos por la ACA (fuera de los límites) • Otros servicios preventivos no requeridos por la ACA, como: - Pruebas de laboratorio según lo especifiquemos, incluidos análisis de orina y recuento sanguíneo completo; prueba de detección del cáncer de próstata (PSA) y exámenes de la audición - Todas las demás pruebas de laboratorio; radiología, prueba de esfuerzo cardíaco; electrocardiograma (ECG); función pulmonar y otras pruebas de detección y servicios	El plan paga el 100% El plan paga el 100% El plan paga el 100% Igual que cualquier otra enfermedad	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Igual que cualquier otra enfermedad
Inmunizaciones • Pediátricas (hasta 7 años de edad) • A partir de 7 años de edad • Relacionadas con una enfermedad	El plan paga el 100% El plan paga el 100% Igual que cualquier otra enfermedad	Coaseguro Deducible y coaseguro Igual que cualquier otra enfermedad

Inscripción antes de clases	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Inmunizaciones y pruebas (servicios exigidos por la universidad antes de la inscripción)	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%

Servicios cubiertos por abuso y dependencia de sustancias o enfermedad mental	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Servicios para pacientes hospitalizados	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Servicios para pacientes ambulatorios • Servicios en el consultorio • Todos los demás artículos y servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro
Servicios de atención de emergencia (servicios recibidos en una sala de emergencia de un hospital) • Centro • Servicios profesionales (el copago no aplica si es admitido en el hospital en las siguientes 24 horas por el mismo diagnóstico)	\$300 de copago, luego deducible y coaseguro Deducible y coaseguro	Nivel de beneficios dentro de la red Nivel de beneficios dentro de la red

Asignación/reasignación de sexo (transgénero)	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Servicios para pacientes hospitalizados	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Servicios para pacientes ambulatorios • Servicios en el consultorio • Todos los demás artículos y servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro
Servicios de atención de emergencia (servicios recibidos en una sala de emergencia de un hospital) • Centro • Servicios profesionales (el copago no aplica si es admitido en el hospital en las siguientes 24 horas por el mismo diagnóstico)	\$300 de copago, luego coaseguro Deducible y coaseguro	Nivel de beneficios dentro de la red Nivel de beneficios dentro de la red
Nota: la cirugía y los servicios cubiertos relacionados se limitan a \$75,000 durante la cobertura		

Otros servicios cubiertos - Enfermedad o lesión	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Atención en caso de accidente (beneficio suplementario) (limitado a \$2,000 por persona por año de beneficios; para cargos superiores a esta cantidad, consulte la categoría de servicios correspondiente)	El plan paga el 100%	Nivel de beneficios dentro de la red
Ambulancia (al centro más cercano para atención adecuada) - Ambulancia terrestre - Ambulancia aérea	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro	Nivel de beneficios dentro de la red (nivel de beneficios dentro de la red si es debido a una emergencia)
Equipo médico duradero	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Cuidado de la salud en el hogar - Atención de enfermería especializada (limitada a 8 horas diarias) - Asistente en el cuidado de la salud en el hogar (limitado a 60 días por año de beneficios) - Cuidado respiratorio (limitado a 60 días por año de beneficios)	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro
Servicios de cuidados paliativos	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Laboratorio independiente - Diagnóstico - Preventivos	El plan paga el 100% Igual que el nivel de beneficios de los servicios preventivos dentro de la red	Nivel de beneficios dentro de la red Igual que el nivel de beneficios de los servicios preventivos dentro de la red
Lesiones derivadas de deportes interuniversitarios (se limita a los estudiantes de UNK y UNO y sujetas a \$20,000 por persona por año de beneficios)	Igual que cualquier otra enfermedad	Igual que cualquier otra enfermedad
Odontología pediátrica (hasta los 19 años de edad) - Preventivos y de diagnóstico - Mantenimiento y restauración simple - Restauración compleja - Servicios de ortodoncia (hay una espera de 24 meses) NOTA: Hay límites de edad y de frecuencia	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible, la persona con cobertura paga el 70%	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible, la persona con cobertura paga el 70%
Servicios para el embarazo y la maternidad (atención prenatal/posnatal y de parto)	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Centro de enfermería especializada (limitado a 60 días por año de beneficios)	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro

Otros servicios cubiertos - Enfermedad o lesión	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Trastorno de la articulación temporomandibular y craneomandibular	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Terapia y manipulaciones		
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla, fisioterapia quiropráctica u osteopática (límite combinado de 45 sesiones por año de beneficios)	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Tratamientos de manipulación quiroprácticos u osteopáticos (límite combinado de 20 sesiones por año de beneficios)	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Exámenes de la vista		
- Diagnóstico (para diagnosticar una enfermedad) - Preventivo (examen de rutina que incluye refracción) - Pediátricas (hasta 19 años de edad) - Adulto (19 años en adelante) limitado a \$50 por año de beneficios	Consulte Servicios en consultorio del médico Consulte la sección Servicios pediátricos de la vista El plan paga el 100% hasta \$50 por año de beneficios, después sin cobertura	Consulte Servicios en consultorio del médico Consulte la sección Servicios pediátricos de la vista El plan paga el 100% hasta \$50 por año de beneficios, después sin cobertura
Todos los otros servicios cubiertos	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro

Servicios pediátricos de la vista	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Los servicios pediátricos de la vista se limitan a las personas con cobertura hasta los 19 años de edad		
Examen de la vista (incluye refracción y dilatación, limitado a un examen por año de beneficios)	Deducible y coaseguro	Deducible y coaseguro
Monturas de anteojos, lentes o lentes de contacto (se limita a un juego de monturas y lentes para anteojos por año de beneficios o una compra de lentes de contacto por año de beneficios)		
- Lentes - Monturas - Lentes de contacto (incluye evaluación y ajuste, cuando se usan en lugar de anteojos)	Deducible, luego la persona con cobertura paga el 50% Deducible, luego la persona con cobertura paga el 50% Deducible, la persona con cobertura paga el 50%	Nivel de beneficios dentro de la red Nivel de beneficios dentro de la red Nivel de beneficios dentro de la red
Lentes de contacto necesarios por razones médicas (en lugar de anteojos, por afecciones específicas) NOTA: Se exige certificado por más de \$600	Deducible, la persona con cobertura paga el 50%	Nivel de beneficios dentro de la red
Servicios y auxiliares para la visión reducida		
- Evaluación integral por visión reducida (se limita a una cada (5) años de beneficios) - Atención de seguimiento por visión reducida (se limita a cuatro visitas en cada periodo de (5) años de beneficios) - Auxiliares para visión reducida	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Deducible, la persona con cobertura paga el 50%	Deducible y coaseguro Deducible y coaseguro Nivel de beneficios dentro de la red
NOTA: Se exige certificado por servicios y auxiliares por visión reducida		

Medicamentos recetados	Universidad de Nebraska – Farmacia del Centro de Salud de Lincoln	Proveedor dentro de la red	Proveedor que no pertenece a la red
Farmacia minorista y de pedidos por correo: suministro para 30 días - Medicamentos genéricos - Medicamentos de marca del formulario - Medicamentos de marca que no están en el formulario	\$5 de copago \$30 de copago \$80 de copago	\$10 de copago \$40 de copago \$80 de copago	Nivel de beneficios dentro de la red +25% de multa Nivel de beneficios dentro de la red +25% de multa Nivel de beneficios dentro de la red +25% de multa
NOTA: un suministro para 90 días está disponible en una farmacia de suministro prolongado de la red sujeto a 3 copagos.			
Medicamentos especializados (los medicamentos especializados se deben comprar a través de una farmacia de especialidad después de dos suministros)	\$100 de copago	\$100 de copago	No está cubierto
Anticonceptivos - Formulario - Genéricos - De marca - Medicamentos que no están en el formulario - Genéricos - De marca - Ogestrel 0.5/50 - Nuvaring	El plan paga el 100% El plan paga el 100% Igual que otros medicamentos genéricos Lo mismo que cualquier otro medicamento de marca que no está en el formulario \$30 de copago El plan paga el 100%	El plan paga el 100% El plan paga el 100% Igual que otros medicamentos genéricos \$40 de copago El plan paga el 100%	Multa del 25% Multa del 25% Nivel de beneficios dentro de la red +25% de multa Multa del 25%

Tenga en cuenta: Este resumen del programa de beneficios tiene como propósito darle un breve resumen de sus beneficios. No es un contrato y no debe ser considerado como tal. Si desea obtener información completa sobre su plan, incluidos beneficios, exclusiones y limitaciones del contrato, consulte el contrato principal del grupo. En el caso de que haya discrepancias entre este documento y el contrato, rigen los términos y condiciones del contrato.

Estudiantes recién inscritos	
Centro Médico de la Universidad de Nebraska Año de beneficios para el año académico 2015/2016	
Programa	Año de beneficios
Aliados de la salud, PA1, PT1, PT2, PT3, Nutrición médica, Perfusión 5 y 6, Citotecnología, Medicina 1 y 2, Farmacia 1, 2 y 3, Radiología, Oncología, Enfermería, Posmaestría (MS), graduados, Educación en Tecnología de la Ciencia de la Radiación (RSTE), Terapia médica familiar	Del 24 de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016
Enfermería acelerada	Del 11 de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016
Ciencias de laboratorio clínico	Del 20 de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016
Nuevos estudiantes de Farmacia 4.º año (estudiantes de 4.º año que se inscriben por primera vez en el plan)	Del 11 de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016
PA 2 y 3	Del 31 de agosto de 2015 al 31 de agosto de 2016
Programa dental	Del 24 de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016
Certificado de posgrado dental	Del 1 de julio de 2015 al 30 de junio de 2016
Posgrado	Del 1 de julio de 2015 al 30 de junio de 2016
Nuevos estudiantes de Medicina de 3.º y 4.º año	Del 6 de julio de 2015 al 30 de junio de 2016
Académicos visitantes/variados	Del 1 de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016

Estudiantes recién inscritos	
Universidad de Nebraska - Kearney Año de beneficios para el año académico 2015/2016	
Programa	Año de beneficios
Estudiantes inscritos	Del 1 de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016
Académicos visitantes/variados	Del 1 de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016

Estudiantes recién inscritos	
Universidad de Nebraska - Lincoln Año de beneficios para el año académico 2015/2016	
Programa	Año de beneficios
Estudiantes inscritos	Del 14 de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016
Académicos visitantes/variados	Del 1 de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016

Estudiantes recién inscritos	
Universidad de Nebraska - Omaha Año de beneficios para el año académico 2015/2016	
Programa	Año de beneficios
Estudiantes inscritos	Del 14 de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016
Académicos visitantes/variados	Del 1 de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016

Estudiantes inscritos previamente con cobertura continua	
Universidad de Nebraska – TODOS LOS CAMPUS Año de beneficios para el año académico 2015/2016	
Si tiene cobertura continua en virtud de este plan durante más de un año, su año de beneficios seguirá siendo el mismo que el año académico durante el cual se inscribió al inicio. Por ejemplo, si se inscribió inicialmente durante el año académico 2014/2015, su año de beneficios mantendrá las fechas del año de beneficios 2014/2015 mientras usted tenga cobertura continua según el plan. Un cambio en los programas académicos de la Universidad no afecta su año de beneficios.	