



A nonprofit corporation and independent licensee
of the Blue Cross and Blue Shield Association

Magna International, Inc.

Número de grupo: 71371 Código(s) del paquete: 041, 042

Código(s) de la división: 1034, 1035, 1128, 1219

PPO - Advantage HDHP

Fecha de entrada en vigor: 01/01/2026

Descripción general de beneficios

Este documento está diseñado como un resumen fácil de leer y proporciona solo una descripción general de sus beneficios. No es un contrato. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones adicionales. Los montos de pago están basados en el monto aprobado de BCBSM, menos cualquier deducible o copago aplicables. Si existe una discrepancia entre esta descripción general de beneficios y cualquier documento del plan aplicable, regirá el documento del plan.

BCBSM solo proporciona servicios de reclamaciones administrativas. Su empleador o patrocinador del plan es financieramente responsable de las reclamaciones.

Nota: puede encontrar en línea una lista de servicios que requieren aprobación **antes** de que sean suministrados en <https://bcbsm.com/importantinfo>. Seleccione **Aprobación de servicios cubiertos**.

Responsabilidad del miembro (deducibles, copagos, coseguros y montos máximos en dólares)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducibles: por año calendario El deducible familiar completo debe cumplirse en un contrato de dos personas o familiar antes de que se paguen los beneficios para cualquiera de las personas en el contrato.	\$1,700 por miembro \$3,400 por familia	\$3,400 por miembro \$6,800 por familia
Copagos • Copagos fijos en dólares	Sin copago	Sin copago
Coseguro • Coseguro en porcentaje	20%	40% Nota: los servicios que carecen de una red están cubiertos dentro de la red.
Montos máximos anuales a su cargo El monto máximo familiar completo a su cargo debe alcanzarse antes de que se considere cumplido.	\$4,000 por miembro \$8,000 por familia Incluye deducible, coseguro y copagos	\$8,000 por miembro \$16,000 por familia Incluye deducible y coseguro
Monto máximo en dólares vitalicio	Ilimitado	

Servicios de atención preventiva

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de mantenimiento de la salud: inicio a los 4 años de edad; uno por año calendario	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Examen físico de rutina: radiografías, electrocardiograma y procedimientos de laboratorio realizados como parte del examen de mantenimiento de la salud	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Examen ginecológico anual: dos por año calendario, además del examen de mantenimiento de la salud	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Prueba de Papanicolaou: 1 por año calendario	Con cobertura: 100%	Sin cobertura

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan, así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Es posible que los costos compartidos difieran cuando obtenga servicios cubiertos fuera de Michigan. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

Mamografía: una por año calendario, incluye la mamografía en 3D	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Métodos anticonceptivos y asesoramiento	Con cobertura: 100%	Con cobertura: 60% después del deducible
Prueba del antígeno prostático específico (PSA): una por año calendario	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Exámenes endoscópicos: uno por año calendario	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Atención para niños sanos • 8 visitas, desde el nacimiento hasta los 12 meses • 6 visitas, desde los 13 meses hasta los 23 meses • 6 visitas, desde los 24 meses hasta los 35 meses • 2 visitas, desde los 36 meses hasta los 47 meses Las visitas posteriores a los 47 meses están limitadas a una por miembro por año calendario según el beneficio de examen de mantenimiento de la salud	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Vacunas: pediátricas y adultos	Con cobertura: 100%	Sin cobertura

Servicios en el consultorio médico

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas al consultorio	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Visitas de telemedicina	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Atención virtual: visitas médicas en línea Nota: las visitas médicas en línea con un proveedor seleccionado que no sea de BCBSM no están cubiertas.	Con cobertura: 100%	Sin cobertura
Interconsultas en el consultorio	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Interconsultas prequirúrgicas	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible

Atención médica de emergencia

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Sala de emergencias del hospital Emergencia médica que reúna los requisitos	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 80% después del deducible
Uso no de emergencia de la sala de emergencias	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Servicios de atención de urgencias en un centro médico	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Servicios de atención de urgencias del médico	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Servicios de ambulancia: transporte médicamente necesario	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 80% después del deducible

Servicios de diagnóstico

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada, y medicina nuclear	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Pruebas diagnósticas, radiografías, laboratorio y patología	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Radioterapia y quimioterapia	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan, así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Es posible que los costos compartidos difieran cuando obtenga servicios cubiertos fuera de Michigan. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

Servicios de maternidad provistos por un médico

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas de atención prenatal y posnatal	Con cobertura: 100%	Con cobertura: 60% después del deducible
El parto y la atención en sala de recién nacidos; se excluyen los hijos dependientes	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible

Atención hospitalaria

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Habitación semiprivada, atención de médicos para pacientes hospitalizados, atención de enfermería general, servicios y suministros hospitalarios	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Atención médica para pacientes hospitalizados	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible

Alternativas a la atención hospitalaria

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidados paliativos	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 80% después del deducible
Atención médica en el hogar	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 80% después del deducible
Enfermería especializada Limitado a 120 días por año calendario	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 80% después del deducible

Servicios quirúrgicos

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía (incluye servicios quirúrgicos relacionados)	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Cirugía bariátrica	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Esterilización: órganos reproductores masculinos, excluye la reversión de la esterilización	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Esterilización: órganos reproductores femeninos, excluye la reversión de la esterilización	Con cobertura: 100%	Con cobertura: 60% después del deducible
Servicios de aborto ampliados	Sin cobertura	Sin cobertura
Nota: los abortos no están cubiertos si se realizan en un lugar donde los abortos no son legales.		

Trasplantes de órganos humanos

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Trasplantes de órganos especificados Solo en centros designados, cuando están coordinados por el Programa de Trasplante de Órganos Humanos de BCBSM (800-242-3504)	Con cobertura: 80% después del deducible	Sin cobertura, excepto en centros designados
Riñón, córnea, médula ósea y piel	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan, así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Es posible que los costos compartidos difieran cuando obtenga servicios cubiertos fuera de Michigan. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de la salud mental y tratamiento de trastornos por el consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Atención de la salud mental y tratamiento de trastornos por el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Atención de la salud mental por telemedicina	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Atención virtual: visitas de salud mental en línea Nota: las visitas de salud mental en línea con un proveedor seleccionado que no sea de BCBSM no están cubiertas.	Con cobertura: 100%	Sin cobertura

Diagnósticos y tratamiento de trastornos del espectro autista

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Análisis conductual aplicado (ABA) Se requiere autorización previa Nota: antes de buscar tratamiento ABA, el miembro debe ser evaluado por un equipo interdisciplinario que incluye, entre otros, un médico, un especialista en salud conductual y un especialista del habla y el lenguaje para que los servicios se autoricen. Esta evaluación interdisciplinaria se puede realizar en un centro de evaluación de autismo aprobado (AAEC).	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional La fisioterapia, terapia del habla y ocupacional con un diagnóstico de trastorno autista es ilimitada.	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Asesoramiento nutricional	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible

Otros servicios cubiertos

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Rehabilitación cardíaca	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Servicios de manipulación quiropráctica de la columna Limitada a un máximo de \$500 por año calendario	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Equipo médico duradero	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Servicios de atención de enfermería privada	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Pruebas y tratamiento para la alergia	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Consulta en centro médico y clínica	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Acupuntura Limitada a un máximo de \$500 por año calendario	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible
Terapia de masajes Limitada a un máximo de \$500 por año calendario	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible

Blue Cross Blue Shield of Michigan es una corporación sin fines de lucro y una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Están cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red los servicios de un proveedor que no pertenezca a una red de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Michigan, así como los servicios de un proveedor fuera de la red en una zona geográfica de Michigan que BCBSM considere un "área de escaso acceso" para la especialidad de ese proveedor en particular. Es posible que los costos compartidos difieran cuando obtenga servicios cubiertos fuera de Michigan. Si recibe atención de un proveedor no participante, aun cuando haya sido derivado, es posible que le cobren la diferencia entre nuestro monto aprobado y el cargo del proveedor.

Servicios de terapia

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Limitadas a un máximo combinado de 60 visitas por año calendario	Con cobertura: 80% después del deducible	Con cobertura: 60% después del deducible