



2024 Gold 80 HMO 250/35 INF. Plan Summary of Benefits & Coverage

Individual/Family Overall Annual Deductible	\$250/\$500
Individual/Family Annual Out-of-Pocket Maximum	\$7,800/\$15,600

Medical Event	Service Type	Copay	Deductible Applies
Health Care Provider's Office or Clinic Visit	Office Visits – Primary Care (including mental health)	\$35 copay per visit	
	Office Visits – Specialist	\$55 copay per visit	
	Office Visits - Other Healthcare Practitioners	\$35 copay per visit	
	Preventive Care/Screening/Immunization	No Copay	
Tests	Laboratory Tests	\$35 copay per visit	
	X-rays & Diagnostic Imaging	\$55 copay per visit	
	Imaging – (CT/Pet Scans, MRIs)	\$250 copay per visit	X
Outpatient Prescription Drug Coverage to Treat Illness or Condition	Tier 1	\$15 copay per drug	
	Tier 2	\$40 copay per drug	
	Tier 3	\$70 copay per drug	
	Tier 4	20% coinsurance up to \$250 per script	
Outpatient Services	Surgery Facility Fee	\$300 copay per visit	X
	Physician/Surgeon Fee	\$35 copay	
	Outpatient Visit	20%	
Emergency & Urgent Care (Need Immediate Attention)	Emergency Room Facility Fee (waived if admitted)	\$250 copay per visit	X
	Emergency Room Physician Fees (waived if admitted)	No Copay	
	Emergency Medical Transportation	\$250 copay	X
	Urgent Care in Mexico	\$35 copay per visit	
	Urgent Care in the US/Outside of Mexico	\$35 copay per visit	
Hospital Stays	Inpatient Hospital Facility Fees (including labor/delivery, mental/behavioral health, and substance use disorder)	\$600 copay per day, 5 days max	X
	Inpatient Physician/Surgeon Fees	No Copay	
Mental Health, Behavioral Health, or Substance Abuse Needs	Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Outpatient Office Visits	\$35 copay per visit	
	Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services	\$35 copay per visit	
Pregnancy	Prenatal Care & Preconception Visits	No Copay	
Help Recovering or Other Special Health Needs	Home Health Care	\$30 copay per visit	
	Outpatient Rehabilitation/Habilitation Therapy Svcs.	\$35 copay per visit	
	Skilled Nursing Care	\$300 copay per day, 5 days max	X
	Durable Medical Equipment (including diabetic equip.)	20% coinsurance	
	Prosthetics/Orthotics	20% coinsurance	
	Hospice Services	No Copay	
Child Eye Care	Eye Exam	No Copay	
	1 pair of Glasses/Year (contact lenses in lieu of glasses)	No Copay	
Child Dental Diagnostic & Preventive Services	Oral Exam	No Copay	
	Preventive – Cleaning & X-ray	No Copay	
	Sealants per Tooth	No Copay	
	Topical Fluoride Application	No Copay	
	Space Maintainers – Fixed	No Copay	
Child Dental Basic Services	Amalgam Fill - 1 Surface	\$25	
Child Dental Major Services	Root Canal - Molar	\$300	
	Gingivectomy per Quad	\$150	
	Extraction - Single Tooth Exposed Root or Erupted	\$65	
	Extraction - Complete Bony	\$160	
	Porcelain with Metal Crown	\$300	
Child Orthodontics	Medically Necessary Orthodontics	\$1,000	

End Notes:

1) Family out-of-pocket maximums are equal to 2 times the individual values. Cost-sharing payments (copayments and coinsurance, but not yet premiums) made by each individual in a family contribute to the family's out-of-pocket maximums.

Once the family out-of-pocket maximum is reached, the Plan pays all costs for covered services for all family members. In a family plan, an individual's out-of-pocket contribution is limited to the individual's annual out-of-pocket maximum. If a deductible applies to the service, cost-sharing payments for all in-network services accumulate toward the deductible.

2) The cost-sharing payments cannot exceed the out-of-pocket limits set for individual coverage and family coverage.

3) Cost sharing for services with copayments is the lesser of the copayment amount or allowed amount (the maximum amount on which the payment is based for covered health care services).

4) In the P10 Platinum HMO Plan, the Platinum 90 HMO 0/20 INF. Plan, and the Gold 80 HMO 250/35 INF. Plan, hospital, in-patient, and skilled nursing facility stays have no additional cost share after 5 days.

5) For drugs to treat an illness or condition, the supply of drugs for which the copay or coinsurance applies is for the prescription term, not to exceed 30 days.

6) Preventive Care includes, but is not limited to checkups, periodic screenings, well-baby visits up to age 2, well-woman visits; Pap and HPV tests, maternity/prenatal care, immunizations for children, vision, and hearing exams, and health education classes.

7) Cost-sharing payments for drugs that are not on the formulary but are approved as exceptions, accumulate toward the Plan's out-of-pocket maximum.

8) Copayments may never exceed the Plan's actual cost of the service. For example, if laboratory tests cost less than the \$35 copayment, the lesser amount is the member's applicable cost-sharing amount.

9) The member's cost-sharing amount for oral anti-cancer drugs shall not exceed \$250 per month per state law.

10) The Outpatient Visit line item within the Outpatient Services category includes, but is not limited to outpatient chemotherapy, outpatient radiation, outpatient infusion therapy, outpatient dialysis, and similar outpatient services.

11) Cost-sharing for services subject to the federal Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA) may be less than those listed in these standard benefit plan designs if necessary for compliance with MHPAEA.

12) Drug tiers are defined as follows:

Tier	Definition
1	1) Most generic drugs and low-cost preferred brands.
2	1) Non-preferred generic drugs or 2) Preferred brand name drugs or 3) Recommended by the Plan's Pharmaceutical and Therapeutics (P&T) committee based on drug safety, efficacy, and cost.
3	1) Non-preferred brand name drugs or 2) Recommended by P&T committee based on drug safety, efficacy, and cost or 3) Generally have a preferred and often less costly therapeutic alternative at a lower tier.
4	1) Food & Drug Administration (FDA) or drug manufacturer limits distribution to specialty pharmacies or 2) Self-administration requires training, and clinical monitoring or 3) Drug was manufactured using biotechnology, or 4) Plan cost (net of rebates) is >\$600.

Deducible Anual (Individual/Familiar)		\$250/\$500	
Desembolso Anual Máximo (Individual/Familiar)		\$7,800/\$15,600	
Evento Médico	Tipo de Servicio	Copago	Aplica Deducible
Visitas Clínicas o Consultas Médicas	Consulta – Médico General (incluye salud mental)	\$35 copago por visita	
	Consulta – Especialista	\$55 copago por visita	
	Consulta – Otro Proveedor de Salud	\$35 copago por visita	
	Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas	No copago	
Exámenes	Análisis de Laboratorio	\$35 copago por visita	
	Rayos-X e Imágenes Diagnósticas	\$55 copago por visita	
	Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM)	\$250 copago por visita	X
Medicamentos Recetados	Nivel 1	\$15 por medicina	
	Nivel 2	\$40 por medicina	
	Nivel 3	\$70 por medicina	
	Nivel 4	20% coaseguro, hasta \$250 por medicamento	
Servicios Ambulatorios	Cargo por uso de Quirófano/Instalaciones	\$300 copago por visita	X
	Honorarios de Médico/Cirujano	\$35 copago	
	Visita Ambulatoria	20%	
Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia	Cargo por uso de Sala de Emergencia (se dispensa si admitido)	\$250 copago por visita	X
	Honorarios del Médico de Emergencia (se dispensa si admitido)	No copago	
	Servicio de Transporte de Emergencia Médica	\$250 copago	X
	Atención de Urgencia en México	\$35 copago por visita	
	Atención de Urgencia en EE. UU./Fuera de México	\$35 copago por visita	
Hospitalización	Cargo de Hospitalización	\$600 copago por día, hasta 5 días	X
	Honorarios de Médico/Cirujano durante Hospitalización	No copago	
Salud Mental, Trastornos de Conducta, o Abuso de Sustancia	Salud Mental/Conductual - Visita Ambulatoria	\$35 copago por visita	
	Salud Mental/Conductual - Otros Artículos/Servicios Amb.	\$35 copago por visita	
	Desórdenes por Uso de Sus. - Visita Ambulatoria	\$35 copago por visita	
	Desórdenes por Uso de Sus. Otros Artículos/Servicios Amb.	\$35 copago por visita	
Embarazo	Consultas/Cuidado Preconcepción y Prenatal	No copago	
Servicios de Recuperación y Otras Necesidades Especiales	Cuidado de la Salud en el Hogar	\$30 copago por visita	
	Servicios de Rehabilitación y Terapia Ambulatoria	\$35 copago por visita	
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$300/día copago, hasta 5 días	X
	Equipo Médico Duradero (incluye equipo para la diabetes)	20% coaseguro	
	Prótesis y Órtesis	20% coaseguro	
	Servicio de Hospicio	No copago	
Atención Oftalmológica - Infantil	Examen de la Vista	No copago	
	1 Par de Lentes por Año (o lentes de contacto)	No copago	
Atención Odontológica Infantil – Diagnóstico y Preventivo	Examen Oral; Preventivo Limpieza y Rayos-X	No copago	
	Selladores por Diente; Aplicación Tópica de Fluoruro	No copago	
	Mantenedor de Espacio - Fijo	No copago	
Servicio Odontológico Básico - Infantil	Relleno de Amalgama - 1 Superficie Primaria	\$25	
Servicio Odontológico Mayor - Infantil	Endodoncia - Molar	\$300	
	Gingivectomía por Cuadrante	\$150	
	Extracción – Individual, Diente Saliente o Raíz Expuesta	\$65	
	Extracción - Completa	\$160	
	Porcelana con Corona de Metal	\$300	
Ortodoncia Infantil	Ortodoncia Médicamente Necesaria	\$1,000	

Notas Explicativas:

1) La cantidad del máximo desembolso anual familiar es igual a la cantidad individual, multiplicada por dos. El pago de costos compartidos (copagos y coaseguros, pero aún no primas) realizados por cada individuo en una familia, contribuyen al máximo desembolso anual familiar. Una vez que se alcance el máximo desembolso anual familiar, el Plan pagará todo costo relacionado con los servicios cubiertos para todos los miembros de la familia. En un plan familiar, la contribución máxima de un individuo se limitará a la cantidad del máximo desembolso anual del mismo y solo será responsable por pagar esa cantidad.

- 2) Los pagos de costos compartidos no excederán el límite previamente establecido en el máximo desembolso anual por cobertura individual o familiar.
- 3) El costo compartido por servicios con copagos será la cantidad menor del copago o de la cantidad permitida (la cantidad máxima sobre la que se basa el pago por los servicios médicos cubiertos).
- 4) En los planes P10 Platinum HMO, Platinum 90 HMO 0/20 INF. y el Gold 80 HMO 250/35 INF., la hospitalización y las estadias en el hospital o en un centro de enfermería especializada no tienen costo compartido adicional después de 5 días.
- 5) Para medicamentos para tratar una enfermedad o condición, el suministro de medicamentos para el cual se aplica el copago o el coaseguro corresponde al término de la receta y no deberá exceder los 30 días.
- 6) El cuidado preventivo incluye chequeos, revisión médica periódica, visitas médicas para el bienestar del bebé hasta los 2 años, visitas de bienestar para la mujer, prueba de Papanicolaou y VPH, cuidado prenatal/maternidad, vacunas para niños, examen de vista y audición, y clases de educación para la salud.
- 7) Los pagos de costos compartidos por medicamentos que no estén en el formulario, pero cuales están aprobados como excepciones, contribuyen hacia el máximo desembolso anual del Plan.
- 8) Los copagos nunca pueden exceder el costo actual del servicio que paga el Plan. Por ejemplo, si un análisis de laboratorio cuesta menos de los \$35 de copago, la cantidad menor es la cantidad del costo compartido correspondiente del miembro.
- 9) La cantidad del costo compartido por medicamentos orales contra el cáncer no excederá \$250 dólares por mes de acuerdo con la ley estatal.
- 10) La línea de Visita Ambulatoria dentro de la categoría Servicios Ambulatorios incluye, pero no se limita a quimioterapia ambulatoria, radiación ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria, diálisis para pacientes ambulatorios, y servicios ambulatorios similares.
- 11) Si es necesario cumplir con la Ley Federal de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción (MHPAEA), el costo compartido de servicios sujetos a dicha ley puede ser inferior a los que señalan los estándares de los planes de beneficios.
- 12) Los niveles de medicamentos recetados se definen como tal:

Nivel	Definición
1	1) La mayoría de medicamentos genéricos y marcas preferidas de bajo costo.
2	1) Medicamentos genéricos no preferidos o; 2) Medicamentos preferidos de marca registrada o; 3) Medicamentos recomendados por el Comité Farmacéutico y Terapéutico (P&T) basado en su seguridad, eficacia y costo.
3	1) Medicamentos de marca registrada no preferidos o; 2) Medicamentos recomendados por el Comité Farmacéutico y Terapéutico (P&T) basado en su seguridad, eficacia y costo o; 3) Medicamentos que generalmente ofrecen una alternativa terapéutica preferida y con frecuencia a menor costo en un nivel más bajo.
4	1) Medicamentos cuya distribución a farmacias especializadas es limitada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o el fabricante o; 2) Medicamentos cuya autoadministración requiere entrenamiento, control clínico o; 3) Medicamentos fabricados utilizando biotecnología o; 4) El costo para el Plan (neto de todo descuento) es menor de \$600.