



## 2024 P5 Platinum HMO Plan Summary of Benefits & Coverage

| <b>Individual/Family Overall Annual Deductible</b>                         |   | <b>\$0</b>                   |
|--|---|------------------------------|
| <b>Individual/Family Annual Out-of-Pocket Maximum</b>                      |   | <b>\$4,500/\$9,000</b>       |
| Medical Event  | Service Type  | Copay                        |
| <b>Health Care Provider's Office or Clinic Visit</b>                       | Office Visits – Primary Care (including mental health)  | \$5 copay per visit          |
|  | Office Visits – Specialist  | \$10 copay per visit         |
|  | Office Visits - Other Healthcare Practitioners  | \$5 copay per visit          |
|  | Preventive Care/Screening/Immunization  | No Copay                     |
|  | Primary Care Telemedicine Consultation  | No Copay                     |
|  | Dental Prophylaxis Cleaning   | No Copay                     |
| <b>Tests</b>   | Laboratory Tests  | \$5 copay per visit          |
|  | X-rays & Diagnostic Imaging   | \$5 copay per visit          |
|  | Imaging – (CT/Pet Scans, MRIs)  | \$100 copay per visit        |
| <b>Outpatient Prescription Drug Coverage to Treat Illness or Condition</b> | Tier 1  | \$10 copay per drug          |
|  | Tier 2  | \$15 copay per drug          |
|  | Tier 3  | \$20 copay per drug          |
|  | Tier 4  | 40%, up to \$250 per script  |
| <b>Outpatient Services</b>   | Surgery Facility Fee  | \$78 copay per visit         |
|  | Physician/Surgeon Fee   | No Copay                     |
|  | Outpatient Visit  | 10%                          |
| <b>Emergency &amp; Urgent Care (Need Immediate Attention)</b>              | Emergency Room Facility Fee   | 25%, up to \$250             |
|  | Emergency Medical Transportation  | 15% coinsurance              |
|  | Urgent Care in Mexico   | \$15 copay per visit         |
|  | Urgent Care in the US/Outside of Mexico   | \$35 copay per visit         |
| <b>Hospital Stays</b>  | Inpatient Hospital Facility Fees (including labor/delivery, mental/behavioral health, and substance use disorder) | \$50 copay/day, up to 5 days |
|  | Inpatient Physician/Surgeon Fees  | No Copay                     |
| <b>Mental Health, Behavioral Health, or Substance Abuse Needs</b>          | Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Outpatient Office Visits                                      | \$5 copay per visit          |
|  | Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services                             | No Copay                     |
| <b>Pregnancy</b>   | Prenatal Care & Preconception Visits  | No Copay                     |
| <b>Help Recovering or Other Special Health Needs</b>                       | Home Health Care  | No Copay                     |
|  | Outpatient Rehabilitation/Habilitation Therapy Services   | \$10 copay per visit         |
|  | Skilled Nursing Care  | \$25 copay/day, up to 5 days |
|  | Durable Medical Equipment (including diabetic equipment)  | 20% coinsurance              |
|  | Prosthetics/Orthotics   | 20% coinsurance              |
|  | Hospice Services  | \$50 copay per day           |
| <b>Child Eye Care</b>  | Eye Exam  | No Copay                     |
|  | 1 Pair of Glasses/Year (or contact lenses in lieu of glasses)   | No Copay                     |
| <b>Child Dental Diagnostic &amp; Preventive Services</b>                   | 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                     |
| <b>Child Dental Basic Services</b>   | Amalgam Fill - 1 Surface  | \$25                         |
| <b>Child Dental Major Services</b>   | 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                        |
| <b>Child Orthodontics</b>  | 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.

- 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) 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.
- 5) 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, dental cleanings, health education classes, and a wellness program.
- 6) Coinsurance applies to the entire episode of emergency care services. The maximum patient cost will not exceed \$250 for outpatient emergency care services.
- 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 urgent care services rendered in California 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) Mental/Behavioral Health Outpatient Office Visits at a \$5 copay level include, but are not limited to individual and group evaluation, individual and group treatment, and individual and group chemical dependency counseling.
- 13) Mental/Behavioral Health Other Outpatient Items & Services at a \$0 copay level include, but are not limited to psychology testing, outpatient monitoring of drug therapy, partial hospitalization, and multidisciplinary treatment in an intensive outpatient psychiatric treatment program.
- 14) Substance Use Disorder Outpatient Office Visits at a \$5 copay level include, but are not limited to intensive outpatient programs, individual and group evaluation, individual and group treatment, and individual and group chemical dependency counseling.
- 15) Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services at a \$0 copay level include, but are not limited to day treatment programs.
- 16) Mental/Behavioral Health Inpatient Services at a \$50 per day copay level, with no additional cost share after 5 days, include, but are not limited to inpatient psychiatric hospitalization, psychiatric observation, and crisis residential program.
- 17) Substance Use Disorder Inpatient Services at a \$50 per day copay level, with no additional cost share after 5 days, include, but are not limited to inpatient detoxification, medication treatment for withdrawal, and transitional residential recovery services in a non-medical setting.
- 18) 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. |

## 2024 Plan P5 Platinum HMO Resumen de Beneficios

| Deducible Anual (Individual/Familiar)                             |   | \$0                           |
|---|---|-------------------------------|
| Desembolso Anual Máximo (Individual/Familiar)                     |   | \$4,500/\$9,000               |
| Evento Médico   | Tipo de Servicio  | Copago                        |
| <b>Visitas Clínicas o Consultas Médicas</b>                       | Consulta – Médico General (incluye salud mental)              | \$5 copago por visita         |
|   | Consulta – Especialista                                       | \$10 copago por visita        |
|   | Consulta – Otro Proveedor de Salud                            | \$5 copago por vista          |
|   | Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas                       | No copago                     |
|   | Consulta de Telemedicina para Medicina General                | No copago                     |
|   | Examen Dental y Limpieza Profiláctica                         | No copago                     |
| <b>Exámenes</b>   | Análisis de Laboratorio                                       | \$5 copago por visita         |
|   | Rayos-X e Imágenes Diagnósticas                               | \$5 copago por visita         |
|   | Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM)                          | \$100 copago por visita       |
| <b>Medicamentos Recetados</b>                                     | Nivel 1   | \$10 por medicamento          |
|   | Nivel 2   | \$15 por medicamento          |
|   | Nivel 3   | \$20 por medicamento          |
|   | Nivel 4   | 40%, hasta \$250 por med.     |
| <b>Servicios Ambulatorios</b>                                     | Cargo por uso de Quirófano/Instalaciones                      | \$78 copago por visita        |
|   | Honorarios de Médico/Cirujano                                 | No copago                     |
|   | Consulta Ambulatoria  | 10%                           |
| <b>Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia</b>              | Cargo por uso de Sala de Emergencia                           | 25%, hasta \$250              |
|   | Servicio de Transporte de Emergencia Médica                   | 15% coaseguro                 |
|   | Atención de Urgencia en México                                | \$15 copago por visita        |
|   | Atención de Urgencia en EE. UU./Fuera de México               | \$35 copago por visita        |
| <b>Hospitalización</b>  | Cargo por Hospitalización                                     | \$50 copago/día, hasta 5 días |
|   | Honorarios de Médico/Cirujano durante Hospitalización         | No copago                     |
| <b>Salud Mental, Trastornos de Conducta, o Abuso de Sustancia</b> | Salud Mental/Conductual - Visita Ambulatoria                  | \$5 copago por visita         |
|   | Salud Mental/Conductual - Otros Artículos y Servicios Amb.    | No copago                     |
|   | Desórdenes por Uso de Sustancias - Visita Ambulatoria         | \$5 copago por visita         |
|   | Desórdenes por Uso de Sus. – Otros Artículos y Servicios Amb. | No copago                     |
| <b>Embarazo</b>   | Consultas/Cuidado Preconcepcional y Prenatal                  | No copago                     |
| <b>Servicios de Recuperación y Otras Necesidades Especiales</b>   | Cuidado de la Salud en el Hogar                               | No copago                     |
|   | Servicios de Rehabilitación y Terapia Ambulatoria             | \$10 copago por visita        |
|   | Cuidado de Enfermería Especializada                           | \$25 copago/día, hasta 5 días |
|   | Equipo Médico Duradero (incluye equipo para la diabetes)      | 20% coaseguro                 |
|   | Prótesis y Órtesis  | 20% coaseguro                 |
|   | Servicio de Hospicio  | \$50 copago por día           |
| <b>Atención Oftalmológica – Infantil</b>                          | Examen de la Vista  | No copago                     |
|   | 1 Par de Lentes por Año (o lentes de contacto)                | No copago                     |
| <b>Atención Odontológica Infantil - Diagnóstico y Preventivo</b>  | Examen Oral; Preventivo Limpieza y Rayos-X                    | No copago                     |
|   | Selladores por Diente; Aplicación Tópica de Fluoruro          | No copago                     |
|   | Mantenedor de Espacio - Fijo                                  | No copago                     |
| <b>Servicio Odontológico Básico - Infantil</b>                    | Relleno de Amalgama - 1 Superficie Primaria                   | \$25                          |
| <b>Servicio Odontológico Mayor - Infantil</b>                     | Endodoncia - Molar  | \$300                         |
|   | Gingivectomía por Cuadrante                                   | \$150                         |
|   | Extracción – Individual, Diente Saliente o Raíz Expuesta      | \$65                          |
|   | Extracción - Completa   | \$160                         |
|   | Porcelana con Corona de Metal                                 | \$300                         |
| <b>Ortodoncia Infantil</b>  | 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) 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.
- 5) 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.
- 6) El coaseguro se aplica a todo el episodio de servicio de emergencia. El costo máximo no excederá \$250 dólares por servicio de emergencia ambulatoria.
- 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 la atención de urgencia en California 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 servicios ambulatorios de Salud Mental/Conductual con un copago de \$5 incluyen, pero no se limitan a una evaluación individual y colectiva, tratamiento individual y colectivo, y el asesoramiento de la dependencia química individual y colectiva.
- 13) Los servicios ambulatorios de Salud Mental/Conductual con un copago de \$0 incluyen, pero no se limitan a pruebas psicológicas, monitoreo de terapia farmacológica ambulatoria, hospitalización parcial, y tratamiento multidisciplinario dentro de un programa de tratamiento psiquiátrico ambulatorio intensivo.
- 14) Los servicios ambulatorios para Desorden de Uso de Sustancias con un copago de \$5 incluyen, pero no se limitan a programas ambulatorios intensivos, evaluación individual y colectiva, tratamiento individual y colectivo, y asesoramiento de dependencia química individual y colectiva.
- 15) Otros artículos y servicios ambulatorios para Desorden de Uso de Sustancias con un copago de \$0 incluyen, pero no se limitan a programas de tratamiento de un día.
- 16) Los servicios de Salud Mental/Conductual a pacientes hospitalizados con un copago de \$50 por día, y sin costo después de 5 días, incluyen, pero no se limitan a hospitalización psiquiátrica, observación psiquiátrica, y programa residencial para crisis.
- 17) Los servicios para Desorden de Uso de Sustancias para pacientes hospitalizados con un copago de \$50 por día, y sin costo después de 5 días, incluyen, pero no se limitan a servicios de desintoxicación para pacientes internos, tratamiento con medicamentos para combatir el síndrome de abstinencia, y servicios de recuperación residencial de transición en un entorno no médico.
- 18) 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. |