



2024 Platinum 90 HMO 0/20 INF. Plan Summary of Benefits & Coverage

Individual/Family Overall Annual Deductible		\$0
Individual/Family Annual Out-of-Pocket Maximum		\$4,500/\$9,000
Medical Event	Service Type	Copay
Health Care Provider's Office or Clinic Visit	Office Visits – Primary Care (including mental health)	\$20 copay per visit
	Office Visits – Specialist	\$30 copay per visit
	Office Visits - Other Healthcare Practitioners	\$20 copay per visit
	Preventive Care/Screening/Immunization	No Copay
Tests	Laboratory Tests	\$20 copay per visit
	X-rays & Diagnostic Imaging	\$30 copay per visit
	Imaging – (CT/Pet Scans, MRIs)	\$100 copay per visit
Outpatient Prescription Drug Coverage to Treat Illness or Condition	Tier 1	\$5 copay per drug
	Tier 2	\$20 copay per drug
	Tier 3	\$30 copay per drug
	Tier 4	10%, up to \$250 per script
Outpatient Services	Surgery Facility Fee	\$100 copay per visit
	Physician/Surgeon Fees	\$25 copay
	Outpatient Visit	10% coinsurance
Emergency & Urgent Care (Need Immediate Attention)	Emergency Room Facility Fee (waived if admitted)	\$150 copay per visit
	Emergency Room Physician Fees (waived if admitted)	No Copay
	Emergency Medical Transportation	\$150 copay
	Urgent Care in Mexico	\$20 copay per visit
	Urgent Care in the US/Outside of Mexico	\$20 copay per visit
Hospital Stays	Inpatient Hospital Facility Fees (including labor/delivery, mental/behavioral health, and substance use disorder)	\$250 per day, 5 days max
	Inpatient Physician/Surgeon Fees	No Copay
Mental Health, Behavioral Health, or Substance Abuse Needs	Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Outpatient Office Visits	\$20 copay per visit
	Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services	\$20 copay per visit
Pregnancy	Prenatal Care & Preconception visits	No Copay
Help Recovering or Other Special Health Needs	Home Health Care	\$20 copay per visit
	Outpatient Rehabilitation/Habilitation Therapy Services	\$20 copay per visit
	Skilled Nursing Care	\$150 per day, 5 days max
	Durable Medical Equipment (including diabetic equipment)	10% coinsurance
	Prosthetics/Orthotics	10% coinsurance
	Hospice Services	No Copay
Child Eye Care	Eye Exam	No Copay
	1 Pair of Glasses/Year (or 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.

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 \$20 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.

2024 Plan Platinum 90 HMO 0/20 INF. Resumen de Beneficios

Deducible Anual (Individual/Familiar)		\$0
Desembolso Anual Máximo (Individual/Familiar)		\$4,500/\$9,000
Evento Médico	Tipo de Servicio	Copago
Visitas Clínicas o Consultas Médicas	Consulta – Médico General (incluye salud mental)	\$20 copago por visita
	Consulta – Especialista	\$30 copago por visita
	Consulta – Otro Proveedor de Salud	\$20 copago por visita
	Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas	No copago
Exámenes	Análisis de Laboratorio	\$20 copago por visita
	Rayos-X e Imágenes Diagnósticas	\$30 copago por visita
	Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM)	\$100 copago por visita
Medicamentos Recetados	Nivel 1	\$5 por medicamento
	Nivel 2	\$20 por medicamento
	Nivel 3	\$30 por medicamento
	Nivel 4	10%, hasta \$250 por med.
Servicios Ambulatorios	Cargo por uso de Quirófano/Instalaciones	\$100 copago por visita
	Honorarios de Médico/Cirujano	\$25 copago
	Visita Ambulatoria	10% coaseguro
Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia	Cargo por uso Sala de Emergencia (se dispensa en caso de admisión)	\$150 copago por visita
	Honorarios del Médico de Emergencia (se dispensa en caso de admisión)	No copago
	Servicio de Transporte de Emergencia Médica	\$150 copago
	Atención de Urgencia en México	\$20 copago por visita
	Atención de Urgencia en EE. UU./Fuera de México	\$20 copago por visita
Hospitalización	Cargo de Hospitalización	\$250 por día, hasta 5 días
	Honorarios de Médico/Cirujano durante Hospitalización	No copago
Salud Mental, Trastornos de Conducta, o Abuso de Sustancia	Salud Mental/Conductual - Visita Ambulatoria	\$20 copago por visita
	Salud Mental/Conductual - Otros Artículos y Servicios Ambulatorios	\$20 copago por visita
	Desórdenes por Uso de Sustancias - Visita Ambulatoria	\$20 copago por visita
	Desórdenes por Uso de Sus. – Otros Artículos y Servicios Amb.	\$20 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	\$20 copago por visita
	Servicios de Rehabilitación y Terapia Ambulatoria	\$20 copago por visita
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$150 por día, hasta 5 días
	Equipo Médico Duradero (incluye equipo para la diabetes)	10% coaseguro
	Prótesis y Órtesis	10% 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 Medicamente 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 la atención de urgencia en California cuesta menos de los \$20 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.