



**Platinum 90 HMO 0/20 INF. Plan  
Summary of Benefits & Coverage  
Effective 01/01/2021**

<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>
<b>Medical Event</b>	<b>Service Type</b>	<b>Copay</b>
<b>Health Care Provider's Office or Clinic Visit</b>	Office Visits – Primary Care (including mental health)	\$20 per visit
	Office Visits – Specialist	\$30 per visit
	Office Visits - Other Healthcare Practitioners	\$20 per visit
	Preventive Care/Screening/Immunization	No Copay
<b>Tests</b>	Laboratory Tests	\$20 per visit
	X-rays & Diagnostic Imaging	\$30 per visit
	Imaging – (CT/Pet Scans, MRIs)	\$100 per visit
<b>Outpatient Prescription Drug Coverage to Treat Illness or Condition</b>	Tier 1	\$5 per drug
	Tier 2	\$20 per drug
	Tier 3	\$30 per drug
	Tier 4	10%, up to \$250 per script
<b>Outpatient Services</b>	Surgery Facility Fee	\$100 per visit
	Physician/Surgeon Fees	\$25
	Outpatient Visit	10%
<b>Emergency &amp; Urgent Care (Need Immediate Attention)</b>	Emergency Room Facility Fee (waived if admitted)	\$150 per visit
	Emergency Room Physician Fees (waived if admitted)	No Copay
	Emergency Medical Transportation	\$150
	Urgent Care in Mexico	\$20 per visit
	Urgent Care in the US/Outside of Mexico	\$20 per visit
<b>Hospital Stays</b>	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
<b>Mental Health, Behavioral Health, or Substance Abuse Needs</b>	Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Outpatient Office Visits	\$20 per visit
	Mental/Behavioral Health and Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services	\$20 per visit
<b>Pregnancy</b>	Prenatal Care & Preconception visits	No Copay
<b>Help Recovering or Other Special Health Needs</b>	Home Health Care	\$20 per visit
	Outpatient Rehabilitation/Habilitation Therapy Services	\$20 per visit
	Skilled Nursing Care	\$150 per day, 5 days max
	Durable Medical Equipment (including diabetic equipment)	10%
	Prosthetics/Orthotics	10%
	Hospice Services	No Copay
<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 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 self-only 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 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 & HPV tests, maternity/prenatal care, immunizations for children, vision & hearing exams, health education classes.
- 7) Cost-sharing payments for drugs that are not on-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) 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 the following types of outpatient visits; 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, clinical monitoring or; 3) Drug was manufactured using biotechnology or; 4) Plan cost (net of rebates) is >\$600.

<b>Deducible Anual (Individual/Familiar)</b>		\$0
<b>Desembolso Anual Máximo (Individual/Familiar)</b>		\$4,500/\$9,000
<b>Evento Médico</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Copago</b>
<b>Visitas Clínicas o Consultas Médicas</b>	Consulta – Médico General (incluye salud mental)	\$20 por visita
	Consulta – Especialista	\$30 por visita
	Consulta – Otro Proveedor de Salud	\$20 por visita
	Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas	No copago
<b>Exámenes</b>	Análisis de Laboratorio	\$20 por visita
	Rayos-X e Imágenes Diagnósticas	\$30 por visita
	Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM)	\$100 por visita
<b>Medicamentos Recetados</b>	Nivel 1	\$5 por medicamento
	Nivel 2	\$20 por medicamento
	Nivel 3	\$30 por medicamento
	Nivel 4	10%, hasta \$250 por med.
<b>Servicios Ambulatorios</b>	Cargo por uso de Quirófano/Instalaciones	\$100 por visita
	Honorarios de Médico/Cirujano	\$25
	Consultas Ambulatorias	10%
<b>Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia</b>	Cargo por uso Sala de Emergencia (se dispensa en caso de admisión)	\$150 por visita
	Honorarios del Médico de Emergencia (se dispensa en caso de admisión)	No copago
	Servicio de Transporte de Emergencia Médica	\$150
	Atención de Urgencia en México	\$20 por visita
	Atención de Urgencia en EE. UU./Fuera de México	\$20 por visita
<b>Hospitalización</b>	Cargo de Hospitalización	\$250 por 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 - Consulta Ambulatoria (Amb)	\$20 por visita
	Salud Mental/Conductual - Otros Artículos y Servicios Ambulatorios	\$20 por visita
	Desórdenes por Uso de Sustancias - Consulta Ambulatoria	\$20 por visita
	Desórdenes por Uso de Sus. – Otros Artículos y Servicios Amb	\$20 por visita
<b>Embarazo</b>	Consultas/Cuidado Preconceptivo y Prenatal	No copago
<b>Servicios de Recuperación y Otras Necesidades Especiales</b>	Cuidado de la Salud en el Hogar	\$20 por visita
	Servicios de Rehabilitación y Terapia Ambulatoria	\$20 por visita
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$150 por día, hasta 5 días
	Equipo Médico Duradero (incluye equipo para la diabetes)	10%
	Prótesis y Órtesis	10%
	Servicio de Hospicio	No copago
<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 pagara 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 se le hará 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 coseguro corresponde al término de la receta y no debe exceder los 30 días.

6) El cuidado preventivo incluye: chequeos, revisión médica periódica, visitas médicas para el bienestar del bebé hasta la edad de 2 años, visitas de bienestar para la mujer, prueba de Papanicolaou y VPH, cuidado prenatal/maternidad, vacunas para niños, examen de vista y audición; clases de educación para la salud.

7) Los pagos de costos compartidos por medicamentos que no están 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 por mes de acuerdo con la ley estatal.

10) La línea de Consulta 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.