



QEP HMO Plan Summary of Benefits & Coverage Effective 01/01/2021

Individual/Family Overall Annual Deductible		\$0
Individual/Family Annual Out-of-Pocket Maximum		\$6,250/\$12,500
Medical Event	Service Type	Copay
Health Care Provider's Office or Clinic Visit	Office Visits – Primary Care (including mental health)	\$25 per visit
	Office Visits – Specialist	\$40 per visit
	Office Visits - Other Healthcare Practitioners	\$25 per visit
	Preventive Care/Screening/Immunization	No Copay
	Telemedicine Consultation	No Copay
	Dental Exam & Prophylaxis Cleaning (for all members)	No Copay
Tests	Laboratory Tests	\$30 per visit
	X-rays & Diagnostic Imaging	\$50 per visit
	Imaging – (CT/Pet Scans, MRIs)	\$100 per visit
Outpatient Prescription Drug Coverage to Treat Illness or Condition	Tier 1	\$20 per drug
	Tier 2	\$50 per drug
	Tier 3	\$70 per drug
	Tier 4	30%, up to \$250 per script
Outpatient Services	Surgery Facility Fee	\$250 per visit
	Physician/Surgeon Fee	No Copay
	Outpatient Visit	30%
Emergency & Urgent Care (Need Immediate Attention)	Emergency Room Facility Fee (waived if admitted)	20%, up to \$200 O/P Svcs.
	Emergency Medical Transportation (contracted)	\$250
	Emergency Medical Transportation (non-contracted)	\$250
	Urgent Care in Mexico	\$30 per visit
	Urgent Care in the US/Outside of Mexico	\$50 per visit
Hospital Stays	Inpatient Hospital Facility Fee	\$250 per day, up to 5 days
	Inpatient Physician/Surgeon Fee	No Copay
Mental Health, Behavioral Health, or Substance Abuse Needs	Mental/Behavioral Health Outpatient Office Visits	\$25 per visit
	Mental/Behavioral Health Other Outpatient Items & Svcs.	\$25 per visit
	Mental/Behavioral Health Inpatient Services (hospital room)	\$250 per day, up to 5 days
	Mental/Behavioral Health Inpatient Physician/Surgeon Fee	No Copay
	Substance Use Disorder Outpatient Office Visits	\$25 per visit
	Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services	\$25 per visit
	Substance Use Disorder Inpatient Facility Fee (hospital room)	\$250 per day, up to 5 days
	Substance Use Disorder Inpatient Physician/Surgeon Fee	No Copay
Pregnancy	Prenatal Care & Preconception Visits	No Copay
	Delivery & all Inpatient Services (professional & hospital)	\$250 per day, up to 5 days
Help Recovering or Other Special Health Needs	Home Health Care	\$30 per visit
	Outpatient Rehabilitation/Habilitation Therapy Services	\$30 per visit
	Skilled Nursing Care	\$125 per day, up to 5 days
	Durable Medical Equipment (incl. diabetic equipment)	20%
	Prosthetics/Orthotics	20%
	Hospice Services	No Copay

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.) For example, if laboratory costs less than the \$30 copayment, the lesser amount is the Member's applicable cost-sharing amount.
- 4) 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: 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) Member pays maximum of one copay per calendar month for primary care physician services.
- 8) Cost-sharing payments for drugs that are not on-formulary but are approved as exceptions accumulate toward the Plan's out-of-pocket maximum.
- 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) Mental/Behavioral Health Outpatient Office Visits at a \$25 copay level include but is not limited to: individual & group evaluation, individual & group treatment, and individual & group chemical dependency counseling.
- 13) Mental/Behavioral Health Other Outpatient Items & Services at a \$25 copay level includes but is 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 \$25 copay level include but is not limited to intensive outpatient programs, individual & group evaluation, individual & group treatment, and individual & group chemical dependency counseling.
- 15) Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services at a \$25 copay level includes but is not limited to day treatment programs.
- 16) Mental/Behavioral Health Inpatient Services at a \$250 per day copay level, up to 5 days, includes but is not limited to inpatient psychiatric hospitalization, psychiatric observation, and crisis residential program.
- 17) Substance Use Disorder Inpatient Facility Fee at a \$250 per day copay level, up to 5 days include but is not limited to inpatient detoxification, medication treatment for withdrawal, and transitional residential recovery services in a non-medical setting.
- 18) Coinsurance applies to hospital outpatient emergency room services. Maximum cost will not exceed \$200 for outpatient emergency care services.
- 19) 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 & 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.

Deducible Anual (Individual/Familiar)		\$0
Desembolso Anual Máximo (Individual/Familiar)		\$6,250/\$12,500
Evento Médico	Tipo de Servicio	Copago
Visitas Clínicas o Consultas Médicas	Consulta – Médico Primario (incluye salud mental)	\$25 por visita
	Consulta – Especialista	\$40 por visita
	Consulta – Otro Proveedor de Salud	\$25 por vista
	Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas	No Copago
	Consulta de Telemedicina	No Copago
	Examen Dental y Limpieza Profiláctica	No Copago
Exámenes	Análisis de Laboratorio	\$30 por visita
	Rayos-X e Imágenes Diagnósticas	\$50 por visita
	Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM)	\$100 por visita
Medicamentos Recetados	Nivel 1	\$20 por medicamento
	Nivel 2	\$50 por medicamento
	Nivel 3	\$70 por medicamento
	Nivel 4	30%, hasta \$250 por medicamento
Servicios Ambulatorios	Cargo por uso de Quirófano/Instalaciones	\$250 por visita
	Honorarios de Médico/Cirujano	No Copago
	Consultas Ambulatorias	30%
Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia	Cargo por uso de Sala de Emergencia	20%, hasta \$200
	Servicio de Transporte de Emergencia Médica con o sin contrato	\$250
	Atención de Urgencia en México	\$30 por visita
	Atención de Urgencia en EE. UU./Fuera de México	\$50 por visita
Hospitalización	Cargo por 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 - Consulta Ambulatoria (Amb.)	\$25 por visita
	Salud Mental/Conductual - Otros Artículos y Servicios Ambulatorios	\$25 por visita
	Salud Mental/Conductual – Servicios Paciente Interno (PI.)	\$250 por día, hasta 5 días
	Salud Mental/Conductual - Honorarios Médico/Cirujano PI.	No Copago
	Desórdenes por Uso de Sustancias - Consulta Ambulatoria	\$25 por visita
	Desórdenes por Uso de Sus. – Otros Artículos y Servicios Amb.	\$25 por visita
	Desórdenes por Uso de Sus. – Cargo por uso de Instalaciones	\$250 por día, hasta 5 días
	Desórdenes por Uso de Sus. – Honorarios Médico/Cirujano PI.	No Copago
Embarazo	Consultas/Cuidado Preconceptivo y Prenatal	No Copago
	Parto y Todo Servicio de Hospitalización (especialista/hospital)	\$250 por día, hasta 5 días
Servicios de Recuperación y Otras Necesidades Especiales	Cuidado de la Salud en el Hogar	\$30 por visita
	Servicios de Rehabilitación y Terapia Ambulatoria	\$30 por visita
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$125 por día, hasta 5 días
	Equipo Médico Duradero (incluye equipo para la diabetes)	20%
	Prótesis y Órtesis	20%
	Servicio de Hospicio	No Copago

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). Por ejemplo, si el medicamento cuesta menos del copago de \$20, la cantidad menor será el costo compartido del miembro.

4) La hospitalización y cuidado interno dentro de una instalación de enfermería especializada no tiene costo 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 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) El miembro pagará el máximo de un copago por mes de calendario por servicios médicos de atención primaria.

8) 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.

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 los siguientes tipos de consultas ambulatorias: 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 \$25 incluyen: evaluación individual y colectiva, tratamiento individual y colectivo, y el asesoramiento de la dependencia química individual y colectiva.

13) Otros artículos y servicios ambulatorios de Salud Mental/Conductual con un copago de \$25 incluyen: 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 \$25 incluyen: 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 \$25 incluyen: programas de tratamiento de un día.

16) Los Servicios de Salud Mental/Conductual a pacientes hospitalizados con un copago de \$250 por día, hasta 5 días incluye: hospitalización psiquiátrica, observación psiquiátrica, y programa residencial para crisis.

17) Los Servicios para Desorden de Uso de Sustancias a pacientes hospitalizados con un copago de \$250 por día, hasta 5 días incluye: 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) El coaseguro se aplica a todo el episodio de servicio de emergencia. El costo máximo no excederá \$200 por servicio de emergencia ambulatoria.

19) 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.