



2022 QEP HMO Plan Summary of Benefits & Coverage

| 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 copay per visit |
| | Office Visits – Specialist | \$40 copay per visit |
| | Office Visits - Other Healthcare Practitioners | \$25 copay 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 copay per visit |
| | X-rays & Diagnostic Imaging | \$50 copay per visit |
| | Imaging – (CT/Pet Scans, MRIs) | \$100 copay per visit |
| Outpatient Prescription Drug Coverage to Treat Illness or Condition | Tier 1 | \$20 copay per drug |
| | Tier 2 | \$50 copay per drug |
| | Tier 3 | \$70 copay per drug |
| | Tier 4 | 30%, up to \$250 per script |
| Outpatient Services | Surgery Facility Fee | \$250 copay 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 \$250 O/P Svcs. |
| | Emergency Medical Transportation | 15% coinsurance |
| | Urgent Care in Mexico | \$30 copay per visit |
| | Urgent Care in the US/Outside of Mexico | \$50 copay 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 copay per visit |
| | Mental/Behavioral Health Other Outpatient Items & Svcs. | No Copay |
| | 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 copay per visit |
| | Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services | No Copay |
| | 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 copay per visit |
| | Outpatient Rehabilitation/Habilitation Therapy Services | \$30 copay per visit |
| | Skilled Nursing Care | \$125 per day, up to 5 days |
| | Durable Medical Equipment (incl. diabetic equipment) | 20% coinsurance |
| | Prosthetics/Orthotics | 20% coinsurance |
| | 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 \$0 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 \$0 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 \$250 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. |

2022 Plan QEP HMO Resumen de Beneficios y Cobertura

| 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 copago por visita |
| | Consulta – Especialista | \$40 copago por visita |
| | Consulta – Otro Proveedor de Salud | \$25 copago 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 copago por visita |
| | Rayos-X e Imágenes Diagnósticas | \$50 copago por visita |
| | Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM) | \$100 copago 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 copago por visita |
| | Honorarios de Médico/Cirujano | No Copago |
| | Visita Ambulatoria | 30% |
| Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia | Cargo por uso de Sala de Emergencia | 20%, hasta \$250 |
| | Servicio de Transporte de Emergencia Médica | 15% coaseguro |
| | Atención de Urgencia en México | \$30 copago por visita |
| | Atención de Urgencia en EE. UU./Fuera de México | \$50 copago 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 – Visita Ambulatoria | \$25 copago por visita |
| | Salud Mental/Conductual - Otros Artículos y Servicios Ambulatorios | No Copago |
| | 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 - Visita Ambulatoria | \$25 copago por visita |
| | Desórdenes por Uso de Sus. – Otros Artículos y Servicios Amb. | No Copago |
| | 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 copago por visita |
| | Servicios de Rehabilitación y Terapia Ambulatoria | \$30 copago por visita |
| | Cuidado de Enfermería Especializada | \$125 por día, hasta 5 días |
| | Equipo Médico Duradero (incluye equipo para la diabetes) | 20% coaseguro |
| | Prótesis y Órtesis | 20% coaseguro |
| | 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 \$30, 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 pagara 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 Visita Ambulatoria dentro de la categoría Servicios Ambulatorios incluye, pero no se limita a los siguientes tipos de visitas 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 \$0 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 \$0 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 \$250 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. |