



## 2022 VP-5 HMO Plan Summary of Benefits & Coverage

Individual/Family Overall Annual Deductible		\$0
Individual/Family Annual Out-of-Pocket Maximum		\$3,000/\$6,000
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
	Telemedicine Consultation	No Copay
	Dental Exam & Prophylaxis Cleaning (for all members)	No Copay
<b>Tests</b>	Laboratory Tests	No Copay
	X-rays & Diagnostic Imaging	No Copay
	Imaging – (CT/Pet Scans, MRIs)	No Copay
<b>Outpatient Prescription Drug Coverage to Treat Illness or Condition</b>	Tier 1	\$5 copay per drug
	Tier 2	\$10 copay per drug
	Tier 3	\$15 copay per drug
	Tier 4	20%, up to \$250 per script
<b>Outpatient Services</b>	Surgery Facility Fee	No Copay
	Physician/Surgeon Fee	No Copay
	Outpatient Visit	10%
<b>Emergency &amp; Urgent Care (Need Immediate Attention)</b>	Emergency Room Facility Fee	15%, up to \$250 O/P Svcs.
	Emergency Medical Transportation	\$100 copay
	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 Fee	No Copay
	Inpatient Physician/Surgeon Fee	No Copay
<b>Mental Health, Behavioral Health, or Substance Abuse Needs</b>	Mental/Behavioral Health Outpatient Office Visits	\$5 copay per visit
	Mental/Behavioral Health Other Outpatient Items & Services	No Copay
	Mental/Behavioral Health Inpatient Services (hospital room)	No Copay
	Mental/Behavioral Health Inpatient Physician/Surgeon Fee	No Copay
	Substance Use Disorder Outpatient Office Visits	\$5 copay per visit
	Substance Use Disorder Other Outpatient Items & Services	No Copay
	Substance Use Disorder Inpatient Facility Fee (hospital room)	No Copay
	Substance Use Disorder Inpatient Physician/Surgeon Fee	No Copay
<b>Pregnancy</b>	Prenatal Care & Preconception Visits	No Copay
	Delivery & all Inpatient Services (professional & hospital)	No Copay
<b>Help Recovering or Other Special Health Needs</b>	Home Health Care	No Copay
	Outpatient Rehabilitation/Habilitation Therapy Services	\$5 copay per visit
	Skilled Nursing Care	No Copay
	Durable Medical Equipment (incl. diabetic equipment)	10% coinsurance
	Prosthetics/Orthotics	10% 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, an individual is responsible only for the individual out-of-pocket maximum amount.

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 pharmacy drug costs less than the \$5 copayment, the lesser amount is the Member's applicable cost-sharing amount.

- 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 & HPV tests, maternity/prenatal care, immunizations for children, vision & hearing exams, health education classes.
- 6) Coinsurance applies to the entire episode of emergency care services. Maximum cost will not exceed \$250 for outpatient emergency care services.
- 7) Member pays a 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 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 includes 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 \$5 copay level includes 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 \$0 per day copay level includes but is not limited to: inpatient psychiatric hospitalization, psychiatric observation, and crisis residential program.
- 17) Substance Use Disorder Inpatient Facility Fee at a \$0 per day copay level includes but is 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 & Therapeutics (P&T) committee based on drug safety, efficacy, and cost.
	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 VP-5 HMO Resumen de Beneficios y Cobertura

Deducible Anual (Individual/Familiar)		\$0
Desembolso Anual Máximo (Individual/Familiar)		\$3,000/\$6,000
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	No Copago
	Examen Dental y Limpieza Profiláctica	No Copago
<b>Exámenes</b>	Análisis de Laboratorio	No Copago
	Rayos-X e Imágenes Diagnósticas	No Copago
	Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM)	No Copago
<b>Medicamentos Recetados</b>	Nivel 1	\$5 por medicamento
	Nivel 2	\$10 por medicamento
	Nivel 3	\$15 por medicamento
	Nivel 4	20%, hasta \$250 por medicamento
<b>Servicios Ambulatorios</b>	Cargo por uso de Quirófano/Instalaciones	No Copago
	Honorarios de Médico/Cirujano	No Copago
	Visita Ambulatoria	10%
<b>Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia</b>	Cargo por uso de Sala de Emergencia	15%, hasta \$250
	Servicio de Transporte de Emergencia Médica	\$100 copago
	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	No Copago
	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 Ambulatorios	No Copago
	Salud Mental/Conductual – Servicios Paciente Interno (PI.)	No Copago
	Salud Mental/Conductual - Honorarios Médico/Cirujano PI.	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
	Desórdenes por Uso de Sus. – Cargo por uso de Instalaciones	No Copago
	Desórdenes por Uso de Sus. – Honorarios Médico/Cirujano PI.	No Copago
<b>Embarazo</b>	Consultas/Cuidado Preconceptivo y Prenatal	No Copago
	Parto y Todo Servicio de Hospitalización (especialista/hospital)	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	\$5 copago por visita
	Cuidado de Enfermería Especializada	No Copago
	Equipo Médico Duradero (incluye equipo para la diabetes)	10% coaseguro
	Prótesis y Órtesis	10% 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 \$5, la cantidad menor será el costo compartido del miembro.
- 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 debe exceder los 30 días.
- 5) 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.
- 6) El coaseguro se aplica a todo el episodio de servicio de emergencia. El costo máximo no excederá \$250 por servicio de emergencia ambulatoria.
- 7) El miembro pagará el máximo de un copago por mes 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 visitas: 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: 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 limita a: programas de tratamiento de un día.
- 16) Los Servicios de Salud Mental/Conductual a pacientes hospitalizados con un copago de \$0 por día 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 \$0 por día 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.