

<b>Deducible Anual (Familiar/Individual)</b>		\$0
<b>Máximo Desembolso (Individual / Familiar)</b>		\$3,200/\$6,400
<b>Eventos Médicos Comunes</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Copago/ Coseguro</b>
<b>Consultorios de Proveedores Médicos o Visitas Clínicas</b>	Visitas al Consultorio – Medico Primario y Salud Mental	\$5 por visita
	Visitas al Consultorio – Especialista	\$10 por visita
	Visitas al Consultorio – Con otro proveedor de la salud	\$5 por vista
	Consulta de Telemedicina	No Copago
	Chequeo Dental y limpieza profiláctica	No Copago
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No Copago
<b>Exámenes</b>	Exámenes de Laboratorio	No Copago
	Rayos-X y diagnóstico de imágenes	No Copago
	Imágenes (TAC/TEP scan, IRM)	\$100 por visita
<b>Medicamentos Recetados</b>	Nivel 1 (Genéricos y marcas preferidas de bajo costo)	\$10 por medicamento
	Nivel 2 (Genéricos no preferidos y marcas preferidas)	\$10 por medicamento
	Nivel 3 (Mayormente marcas no preferidas)	\$15 por medicamento
	Nivel 4 (Limitado a farmacias de especialidad y auto-administrados)	40% coseguro, hasta \$250 por medicamento
<b>Cirugía para Paciente Ambulatorio</b>	Cargo por uso de las instalaciones	\$50 por visita
	Tarifa del médico/cirujano	No Copago
<b>Atención Requerida Inmediata</b>	Servicio de la Sala de Emergencia de un Hospital	15% coseguro, sin exceder \$150
	Servicio de Ambulancia	15% coseguro
	Cuidado Urgente en México	\$20 por visita
	Cuidado Urgente Fuera de México (en EUA)	\$50 por visita
<b>Hospitalización</b>	Arancel del hospital (habitación)	No Copago
	Tarifa del médico/cirujano	No Copago
<b>Salud Mental, Trastornos de Conducta, o Abuso de Sustancia (todo referenciado como Salud Mental)</b>	Servicios ambulatorios de Salud Mental otorgado por un médico	\$5 por visita
	Otros artículos y servicios de Salud Mental	No Copago
	Servicios de Salud Mental para pacientes en hospital	No Copago
	Servicios de Salud Mental otorgado por un médico cuando el paciente está en hospital	No Copago
<b>Embarazo</b>	Cuidados prenatales y post parto	No Copago
	Parto y todos los servicios de hospitalización	No Copago
<b>Servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	No Copago
	Servicios de Rehabilitación Ambulatoria y Terapia	\$10 por visita
	Cuidado de Enfermería Especializado	No Copago
	Equipo Médico Duradero (incluye equipo diabético)	50% coseguro, sin exceder \$100
	Prótesis y Ortopedia	No Copago
	Servicio de Hospicio	\$50 por día
<b>Cuidado de ojos para Niños</b>	Examen de la vista	No Copago
	1 par de lentes por año (o lentes de contacto)	No Copago
<b>Dental de Niño diagnóstico y prevención</b>	Examen Oral; Preventivo Limpieza y Rayos -X	No Copago
	Selladores por diente; Aplicacion topica de fluoruro	No Copago
	Mantenedor de espacio-fijo	No Copago
<b>Servicios Básicos Dentales para Niños</b>	Relleno de Amalgama -1 Superficie primaria	\$25
<b>Servicios Mayores Dentales para Niños</b>	Endodoncia- Molar	\$300
	Gingivectomia por cuadrante	\$150
	Extracción-expuesta del diente erupcionado o de raíz individual	\$65
	Extraccion- Completa	\$160
	Porcelana con Corona de Metal	\$300
<b>Ortodoncia de Niños</b>	Ortodoncia medica necesaria	\$350

Favor de ver las notas en la siguiente pagina

**Notas:**

1. Máximo desembolso Familiar son iguales a 2 veces los valores individuales. Los costos de los pagos compartidos (copagos y coseguros, pero aún no primas) realizadas por cada individuo en una familia contribuyen al máximo desembolso familiar. Una vez que se alcanza el máximo desembolso familiar, el plan paga todos los costos por servicios cubiertos para todos los miembros de la familia. En un plan familiar, la contribución máxima por individuo es el máximo fuera de bolsillo anual del mismo y solo es responsable por el máximo desembolso de su pago anual.
2. El costo de gastos compartimos no excederá los límites del desembolso anual máximo previo establecido individual ni por familia.
3. Los Costos Compartidos por servicios con copagos es menor al de la cantidad de copago o cantidad permitida (la cantidad máxima sobre la que se basa el pago por los servicios médicos cubiertos).
4. Para los medicamentos para tratar una enfermedad o condición del suministro de fármacos para los que el copago o coseguro es por el plazo de prescripción, que no exceda 30 días.
5. Cuidado preventivo incluye chequeos; exámenes periódicos; El bienestar del bebé visita de hasta 2 años de edad; visitas bienestar de la mujer; Papanicolaou y VPH pruebas; / Cuidado prenatal de maternidad; Vacunas para los niños; Exámenes de visión y audición; clases de educación para la salud.
6. El coseguro se aplica a todo el episodio de los servicios de atención de emergencia. Coste máximo no excederá de \$150 por servicios ambulatorios de atención de emergencias.
7. El miembro paga un copago máximo de por un mes calendarizado por los servicios médicos de atención primaria.
8. El costo compartido de pagos para los medicamentos que no están en el formulario, pero están aprobados como se excepciones se acumulan para el máximo desembolso del Plan.
9. Los copagos no pueden exceder el costo actual del plan del servicio. Por ejemplo, si cuesta menos que los \$5 de copago de medicamentos de la farmacia, la cantidad menor es la cantidad del costo compartido correspondiente del miembro.
10. La cantidad de costo compartido del miembro para medicamentos orales contra el cáncer no será superior a \$200 por mes por la ley estatal.
11. La línea de consulta ambulatoria dentro de la categoría Servicios para pacientes ambulatorios incluye, pero no se limita a los siguientes tipos de consultas ambulatorias: quimioterapia ambulatoria, radiación ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria y diálisis para pacientes ambulatorios y servicios ambulatorios similares.
12. El costo compartido por los servicios sujetos a la Ley de Equidad de Adicción (MHPAEA) Paridad y Salud Mental federal puede ser inferior a los que se señalan en estos planes de beneficios estándar si es necesario para el cumplimiento de MHPAEA.
13. Los servicios de salud mental ambulatorios / de comportamiento a nivel de copago \$5 incluyen: evaluación individual y de grupo; tratamiento individual y de grupo; y, el asesoramiento de la dependencia química individual y de grupo.
14. Salud Mental / conductual para pacientes ambulatorios Servicios de Salud a nivel \$0 copagos incluyen: pruebas de la psicología; monitoreo ambulatorio de la terapia de drogas; hospitalización parcial; y, el tratamiento multidisciplinar en un programa de tratamiento psiquiátrico ambulatorio intensivo.
15. Desorden de uso de sustancias (SUD) para pacientes ambulatorios en un nivel de copago \$5 incluyen: programas intensivos para pacientes externos, la evaluación individual y de grupo; tratamiento individual y de grupo; y, el asesoramiento de la dependencia química individual y de grupo.
16. SUD Servicios para pacientes ambulatorios en un nivel de \$0 de copago incluyen: programas de tratamiento de día.
17. Mental / Servicios de Salud Menta de comportamiento para pacientes hospitalizados en un nivel de \$0 por día Copago incluyen: hospitalización psiquiátrica, observación psiquiátrica, y un programa residencial para crisis.
18. SUD pacientes hospitalizados Servicios a un nivel de \$0 por día Copago incluyen: desintoxicación para pacientes hospitalizados; tratamiento con medicamentos para el retiro; y, servicios de recuperación de transición residencial en un entorno no médico.
19. Los niveles de medicamentos se definen como sigue:

Nivel	Definición
1	Mayormente genéricos y marcas preferidas de bajo costo)
2	Mayormente genéricos no preferidos y marcas preferidas)
3	Medicamentos genéricos no preferidos o; 2) Medicamentos de Marca preferidos o; 3) Recomendado por el comité de farmacéuticos y terapéuticos (P & T) en base de la seguridad de medicamentos, la eficacia y el costo del plan.
4	Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o fármaco distribución límites fabricante de farmacias especializadas o; 2) La autoadministración requiere formación, seguimiento clínico o; 3) fármaco se fabrica utilizando la biotecnología o; 4) Plan de costo (neto de los descuentos) es> \$ 600.

20. Este Plan fue previamente nombrado Plan P10 en el 2016.