

Deducible Anual (Familiar/Individual)		\$0
Máximo Desembolso (Individual / Familiar)		\$4,000/\$8,000
Eventos Médicos Comunes	Tipo de Servicio	Copago/ Coseguro
Consultorios de Proveedores Médicos o Visitas Clínicas	Visitas al Consultorio – Medico Primario y Salud Mental	\$15 por visita
	Visitas al Consultorio – Especialista	\$40 por visita
	Visitas al Consultorio – Con otro proveedor de la salud	\$15 por visita
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No Copago
Exámenes	Exámenes de Laboratorio	\$20 por visita
	Rayos-X y diagnóstico de imágenes	\$40 por visita
	Imágenes (TAC/TEP scan, IRM)	\$150 por visita
Medicamentos Recetados	Nivel 1 (Genéricos y marcas preferidas de bajo costo)	\$5 por medicamento
	Nivel 2 (Genéricos no preferidos y marcas preferidas)	\$15 por medicamento
	Nivel 3 (Mayormente marcas no preferidas)	\$25 por medicamento
	Nivel 4 (Limitado a farmacias de especialidad y auto-administrados)	10% coseguro, hasta \$250 por medicamento
Cirugía para Paciente Ambulatorio	Cargo por uso de las instalaciones	\$250 por visita
	Tarifa del médico/cirujano	\$40
Atención Requerida Inmediata	Servicio de la Sala de Emergencia de un Hospital	\$150
	Servicio de Ambulancia	\$150
	Cuidado Urgente en México	\$15 por visita
	Cuidado Urgente Fuera de México (en EUA)	\$15 por visita
Hospitalización	Arancel del hospital (habitación)	\$250/día, hasta 5 días
	Tarifa del médico/cirujano	\$40
Salud Mental, Trastornos de Conducta, o Abuso de Sustancia (todo referenciado como Salud Mental)	Servicios ambulatorios de Salud Mental otorgado por un médico	\$15 por visita
	Otros artículos y servicios de Salud Mental	\$15
	Servicios de Salud Mental para pacientes en hospital	\$250/día, hasta 5 días
	Servicios de Salud Mental otorgado por un médico cuando el paciente está en hospital	\$40
Embarazo	Cuidados prenatales y post parto	No Copago
	Parto y todos los servicios de hospitalización	\$290/día, hasta 5 días
Servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	\$20 por visita
	Servicios de Rehabilitación Ambulatoria y Terapia	\$15 por visita
	Cuidado de Enfermería Especializado	\$150/día, hasta 5 días
	Equipo Médico Duradero (incluye equipo diabético)	10%
	Prótesis y Ortopedia	10%
	Servicio de Hospicio	No Copago
Cuidado de ojos para Niños	Examen de la vista	No Copago
	1 par de lentes por año (o lentes de contacto)	No Copago
Dental de Niño diagnóstico y prevención	Examen Oral; Preventivo Limpieza y Rayos -X	No Copago
	Selladores por diente; Aplicacion topica de fluoruro	No Copago
	Mantenedor de espacio-fijo	No Copago
Servicios Básicos Dentales para Niños	Relleno de Amalgama -1 Superficie primaria	\$25
Servicios Mayores Dentales para Niños	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
Ortodoncia de Niños	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 compartidos 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. En los Planes de Platinum Mirror Plan (PM) y Gold Mirror Plan (GM), las estancias de hospital y de cuidado de enfermería especializado no tienen copago adicional después de 5 días.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Los copagos no pueden exceder el costo actual del plan del servicio. Por ejemplo, si cuesta menos que los \$20 de copago de laboratorio, la cantidad menor es la cantidad del costo compartido correspondiente del miembro.
9. La cantidad de costo compartido del miembro para medicamentos orales contra el cáncer no será superior a \$200 por mes por la ley estatal.
10. 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.
11. 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.
12. Los niveles de medicamentos se definen como sigue:

Nivel	Definición
1	1) Mayormente genéricos y marcas preferidas de bajo costo
2	1) Mayormente genéricos no preferidos y marcas preferidas
3	1) 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	1) 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.