

Deducible Anual (Individual/Familiar)		\$0
Desembolso Anual Máximo (Individual/Familiar)		\$4,500/\$9,000
Evento Médico	Tipo de Servicio	Copago
Visitas Clínicas o Consultas Médicas	Consulta – Médico General (incluye salud mental)	\$20 copago por visita
	Consulta – Especialista	\$20 copago por visita
	Consulta – Otro Proveedor de Salud	\$20 copago por vista
	Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas	No Copago
	Consulta de Telemedicina para Medicina General	No Copago
	Examen Dental y Limpieza Profiláctica	No Copago
Exámenes	Análisis de Laboratorio	\$5 copago por visita
	Rayos-X e Imágenes Diagnósticas	\$5 copago por visita
	Imágenes Clínicas (TC/TEP Scan, IRM)	\$30 copago por visita
Medicamentos Recetados	Nivel 1	\$20 por medicamento
	Nivel 2	\$20 por medicamento
	Nivel 3	\$30 por medicamento
	Nivel 4	30%, hasta \$250 por medicamento
Servicios Ambulatorios	Cargo por uso de Quirófano/Instalaciones	\$100 copago x visita
	Honorarios de Médico/Cirujano	No Copago
	Visita Ambulatoria	20%
Servicio de Emergencia y Atención de Urgencia	Cargo por uso de Sala de Emergencia	20%, hasta \$250 S/A
	Servicio de Transporte de Emergencia Médica	15% coaseguro
	Atención de Urgencia en México	\$25 copago por visita
	Atención de Urgencia en EE. UU./Fuera de México	\$50 copago por visita
Hospitalización	Cargo por Hospitalización	\$150 copago por día
	Honorarios de Médico/Cirujano durante Hospitalización	No Copago
Salud Mental, Trastornos de Conducta, o Abuso de Sustancia	Salud Mental/Conductual - Visita Ambulatoria	\$20 copago por visita
	Salud Mental/Conductual - Otros Artículos y Servicios Ambulatorios	No Copago
	Salud Mental/Conductual – Servicios Paciente Interno (PI.)	\$150 copago por día
	Salud Mental/Conductual - Honorarios Médico/Cirujano PI.	No Copago
	Desórdenes por Uso de Sustancias - Visita Ambulatoria	\$20 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	\$150 copago por día
	Desórdenes por Uso de Sus. – Honorarios Médico/Cirujano PI.	No Copago
Embarazo	Consultas/Cuidado Preconcepcional y Prenatal	No Copago
	Parto y Todo Servicio de Hospitalización (especialista/hospital)	\$150 copago por día
Servicios de Recuperación y Otras Necesidades Especiales	Cuidado de la Salud en el Hogar	No Copago
	Servicios de Rehabilitación y Terapia Ambulatoria	\$20 copago por visita
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$75 copago por día
	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 pagará 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 serán responsables de 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 dólares, la cantidad menor será el costo compartido del miembro.
- 4) El suministro de medicamentos para tratar una enfermedad o condición, para el cual se aplica el copago o el coaseguro corresponde al término de la receta y no deberá exceder los 30 días.
- 5) El cuidado preventivo incluye chequeos, revisión médica periódica, visitas médicas para el bienestar del bebé hasta los 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) En una emergencia, el coaseguro aplica a todo el episodio de servicio de emergencia ambulatoria y el costo máximo no excederá \$250 dólares.
- 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 estén 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 dólares por mes de acuerdo con la ley estatal.
- 10) La línea de Visita Ambulatoria dentro de la categoría de Servicios Ambulatorios incluye, pero no se limita a 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 \$20 dólares 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 dólares 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 \$20 dólares 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 dólares incluyen, pero no se limitan a programas de tratamiento de un día.
- 16) Los Servicios de Salud Mental/Conductual a pacientes hospitalizados con un copago de \$150 dólares por día incluyen, pero no se limitan a hospitalización psiquiátrica, observación psiquiátrica, y programa residencial para crisis.
- 17) El Cargo por Uso de Instalaciones bajo los servicios para tratar Desórdenes por Uso de Sustancias a pacientes hospitalizados con un copago de \$150 dólares 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.