

Benefits

2247 - MEC Plan		
	EPO (benefits outside the contracted network, Interplan/Healthsmart, will not be covered)	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Me
Annual Deductible		
Per Person	\$250.00	\$0.00
Per Family	\$500.00	\$0.00
	* = deductible applies	
Maximum out of pocket	\$0.00	\$0.00
Emergency Services		
Emergency Room	Not Covered	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Ambulance	Not Covered	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Hospital Benefits		
Inpatient	Not Covered	\$100 co-pay, Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Inpatient Professional Services	Not Covered	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Maternity & Newborn Care 48 hours following a vaginal delivery 96 hours following a cesarean delivery	Not Covered	Same as any other illness
Mental Inpatient	Not Covered	Not Covered
Professional Services		
Medical Treatment (Office)	\$10 co-pay plan pays 100% of Healthsmart Allowed	\$5 co-pay, Plan pays 100% of Maximum Allowable Charge
Specialist (Office) Benefit includes lab & x-ray in office	\$40 co-pay plan pays 100% of Healthsmart Allowed	\$10 co-pay, Plan pays 100% of Maximum Allowable Charge
Urgent Care Facility/Service	\$40 co-pay plan pays 100% of Healthsmart Allowed	\$5 co-pay, Plan pays 100% of Maximum Allowable Charge
Preventative Services – Child & Adult	100%	100%
Outpatient Lab & X-Ray	Plan pays 75% of Allowed*	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
MRI/PET/CT Scan Performed at a Free Standing Facility Only	Plan pays 75% of Allowed*	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Outpatient Services		
Outpatient Surgeon Benefits	Not Covered	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Outpatient Surgical Facility	Not Covered	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Anesthesiologist	Not Covered	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Additional Outpatient Services		
Skilled Nursing	Not Covered	Not Covered
Chiropractic/Acupuncture Services	Not Covered	Not Covered
Physical/Occupational Services (Medical Necessity)	Not Covered	Not Covered
Rehabilitation Services	\$20 co-pay plan pays 100% of Healthsmart Allowed	Not Covered
Mental Outpatient	Not Covered	Not Covered
Substance Abuse Outpatient (12 visit maximum)	Plan pays 75% of Allowed*	Not Covered
Durable Medical Equipment	Not Covered	Not Covered
Pediatric Dental & Vision	Not Covered	Not Covered
Mexico Panel		
Prescriptions		
Generic	\$5.00 co-pay	\$10.00 co-pay
Brand Formulary	\$20.00 co-pay	\$20.00 co-pay
Brand Non-Formulary - \$500 separate deductible	\$40.00 co-pay	\$30.00 co-pay
Specialty	Not Covered	Not Covered

Beneficios

2247 - MEC Plan		
	EPO (beneficios no serán cubiertos fuera de la red, Interplan/Healthsmart, contratada)	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico
Deducible Anual		
Por Persona	\$250.00	\$0.00
Por Familia	\$500.00	\$0.00
	* = deducible se aplica	* = deducible se aplica
Máximo de su bolsillo	\$0.00	\$0.00
Servicios de Emergencia		
Sala de Emergencias	No es cubierto	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Ambulancia	No es cubierto	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Beneficios Hospitalarios		
Paciente Interno	No es cubierto	\$100 copago, El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Servicios Profesional para Paciente Interno	No es cubierto	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Maternidad y Cuidado del recién nacido 48 horas después de un parto vaginal 96 horas después de una cesárea	No es cubierto	Igual como cualquier otro enfermedad
Paciente Interno Mental	No es cubierto	No es cubierto
Servicios Profesionales		
Tratamiento Médico (Oficina)	\$10 copago, El plan paga el 100% de Healthsmart Permitido	\$5 copago, El plan paga el 100% del Cargo Máximo Permitido
Especialista (Oficina) Beneficios incluye laboratorio y rayos x en la oficina	\$40 copago, El plan paga el 100% de Healthsmart Permitido	\$10 copago, El plan paga el 100% del Cargo Máximo Permitido
Facilidad/Servicio de cuidado urgente	\$40 copago, El plan paga el 100% de Healthsmart Permitido	\$5 copago, El plan paga el 100% del Cargo Máximo Permitido
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%	100%
Laboratorio y Radiografía de Paciente Externo	El plan paga el 75% del Cargo Máximo Permitido*	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
MRI/PET/CT escáner (son imágenes de tomografía computarizada para dar más información detallado) Tiene que realizarse en una facilidad independiente	El plan paga el 75% del Cargo Máximo Permitido*	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Servicios de Paciente Externo		
Beneficios de Paciente Externo de Cirujano	No es cubierto	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Beneficios de Paciente Externo de Instalación Quirúrgica	No es cubierto	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Anestesista	No es cubierto	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Adicional Servicios de Paciente Externo		
Enfermería Especializada	No es cubierto	No es cubierto
Servicios Quiroprácticos/Acupuntura	No es cubierto	No es cubierto
Servicios Físicos/Ocupacionales – Necesidad Médica	No es cubierto	No es cubierto
La rehabilitación	\$20 copago, El plan paga el 100% de Healthsmart Permitido	
Servicios de Paciente Externo de Mental/Abuso de Sustancias	No es cubierto	No es cubierto
El Abuso de Sustancias	El plan paga el 75% del Cargo Máximo Permitido*	
Materiales de Médico Duradero	No es cubierto	No es cubierto
Pediátrica Dental y Visión	No es cubierto	No es cubierto
Medicamentos		
Genérico	\$5.00 copago	\$10.00 copago
Medicamentos de Marca Formulario	\$20.00 copago	\$20.00 copago
Medicamentos de Marca No-Formulario – Deducible separado de \$500	\$40.00 copago	\$30.00 copago
Medicamentos de Especiales	No es cubierto	No es cubierto

Benefits

2247 - MV Plan – Buy Up Option		
	EPO (benefits outside the contracted network, Interplan/Healthsmart, will not be covered)	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico
Annual Deductible		
Per Person	\$500.00	\$0.00
Per Family	\$1,000.00	\$0.00
	* = deductible applies	* = deductible se aplica
Maximum out of pocket	\$6,350/\$12,700	\$0.00
Emergency Services		
Emergency Room	Plan pays 120% of Medicare Allowed – Deductible Applies*	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Ambulance	Plan pays 120% of Medicare Allowed *	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Hospital Benefits		
Inpatient	\$100 co pay if admitted, Plan pays 120% of Medicare Allowed *	\$100 co-pay, Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Inpatient Professional Services	Plan pays 120% of Medicare Allowed *	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Maternity & Newborn Care 48 hours following a vaginal delivery 96 hours following a cesarean delivery	Plan pays 120% of Medicare Allowed *	Same as any other illness
Mental Inpatient	Plan pays 120% of Medicare Allowed *	Not Covered
Professional Services		
Medical Treatment (Office)	\$10 co-pay, Plan pays 100% of Healthsmart Allowed	\$5 co-pay, Plan pays 100% of Maximum Allowable Charge
Specialist (Office) Benefit includes lab & x-ray in office	\$40 co-pay, Plan pays 100% of Healthsmart Allowed	\$10 co-pay, Plan pays 100% of Maximum Allowable Charge
Urgent Care Facility/Service	\$40 co-pay, Plan pays 100% of Healthsmart Allowed	\$5 co-pay, Plan pays 100% of Maximum Allowable Charge
Preventative Services – Child & Adult	100%	100%
Outpatient Lab & X-Ray	\$40 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
MRI/PET/CT Scan Performed at a Free Standing Facility Only	\$60 co pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Outpatient Services		
Outpatient Surgeon Benefits	\$500 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Outpatient Surgical Facility	\$500 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Anesthesiologist	Plan pays 120% of Medicare Allowed	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Additional Outpatient Services		
Skilled Nursing	\$40 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Not Covered
Chiropractic/Acupuncture Services	\$50 co-pay	Not Covered
Physical/Occupational Services (Medical Necessity)	\$40 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Not Covered
Rehabilitation Services	\$40 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Not Covered
Mental Outpatient	\$40 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Not Covered
Substance Abuse Outpatient (12 visit maximum)	\$40 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Not Covered
Durable Medical Equipment	\$40 co-pay, Plan pays 120% of Medicare Allowed	Not Covered
Pediatric Dental & Vision	ACA Compliant Benefits	Not Covered
Prescriptions		
Generic	\$10.00 co-pay	\$10.00 co-pay
Brand Formulary	\$30.00 co-pay	\$20.00 co-pay
Brand Non-Formulary - \$500 separate deductible	\$60.00 co-pay*	\$30.00 co-pay
Specialty	Not Covered	Not Covered

Beneficios

2247 - Plan de Valor Mínimo		
	EPO (beneficios no serán cubiertos fuera de la red, Interplan/Healthsmart, contratada)	Mexicali, B.C., México San Luis, R.C., Sonora México Tijuana, B.C., México
Deducible Anual		
Por Persona	\$500.00	\$0.00
Por Familia	\$1,000.00	\$0.00
	* = deducible se aplica	* = deducible se aplica
Máximo de su bolsillo	\$6,350/\$12,700	\$0.00
Servicios de Emergencia		
Sala de Emergencias	El plan paga el 120% de Medicare Permitido – deducible se aplica	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Ambulancia	El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Beneficios Hospitalarios		
Paciente Interno	\$100 copago si se admite, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	\$100 copago, El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Servicios Profesional para Paciente Interno	El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Maternidad y Cuidado del recién nacido 48 horas después de un parto vaginal 96 horas después de una cesárea	El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	Igual como cualquier otro enfermedad
Paciente Interno Mental	El plan paga el 120% de Medicare Permitido *No es cubierto	No es cubierto
Servicios Profesionales		
Tratamiento Médico (Oficina)	\$10 copago, El plan paga el 100% de Healthsmart Permitido	\$5 copago, El plan paga el 100% del Cargo Máximo Permitido
Especialista (Oficina) Beneficios incluye laboratorio y rayos x en la oficina	\$40 copago, El plan paga el 100% de Healthsmart Permitido	\$10 copago, El plan paga el 100% del Cargo Máximo Permitido
Facilidad/Servicio de cuidado urgente	\$40 copago, El plan paga el 100% de Healthsmart Permitido	\$5 copago, El plan paga el 100% del Cargo Máximo Permitido
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%	100%
Laboratorio y Radiografía de Paciente Externo	\$40 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
MRI/PET/CT escáner (son imágenes de tomografía computarizada para dar más información detallado) Tiene que realizarse en una facilidad independiente	\$60 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Servicios de Paciente Externo		
Beneficios de Paciente Externo de Cirujano	\$500 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Beneficios de Paciente Externo de Instalación Quirúrgica	\$500 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Anestesiata	El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	El plan paga el 80% del Cargo Máximo Permitido
Adicional Servicios de Paciente Externo		
Enfermería Especializada	\$40 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	No es cubierto
Servicios Quiroprácticos/Acupuntura	\$50 copago	No es cubierto
Servicios Físicos/Ocupacionales – Necesidad Médica	\$40 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	No es cubierto
La rehabilitación	\$40 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	No es cubierto
Servicios de Paciente Externo de Mental	\$40 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	No es cubierto
El Abuso de Substancia (Permitido máximo 12 consultas)		No es cubierto
Materiales de Médico Duradero	\$40 copago, El plan paga el 120% de Medicare Permitido *	No es cubierto
Pediátrica Dental y Visión	Beneficio Compatible con ACA	No es cubierto
Medicamentos		
Genérico	\$10.00 copago	\$10.00 copago
Medicamentos de Marca Formulario	\$30.00 copago	\$20.00 copago
Medicamentos de Marca No-Formulario – Deducible separado de \$500	\$60.00 copago	\$30.00 copago
Medicamentos de Especiales	No es cubierto	No es cubierto