

Calendar Year Deductible			\$250.00	\$0.00
Out-of-pocket limit on expenses			\$500.00	\$0.00
Common Medical Event	Service Type		Member Cost Share	Member Cost Share
	Benefits		Interplan/Healthsmart Network (outpatient services – office visit, lab, x-ray, urgent care visits and Free Standing Facilities for MRI, CT and PET scans) **Services provided outside of the Interplan/Healthsmart network for outpatient services are not covered by this plan	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico
Visit to a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness		\$10 co-pay- member Plan pays 100% of allowed	\$5 co-pay
	Specialist visit		\$20 co-pay – member Plan pays 100% of allowed	\$10 co-pay
	Urgent Care Facility/Service		\$20 co-pay – member Plan pays 100% of allowed	\$5 co-pay
	Preventive care/screening/immunization		No cost share – member Plan pays 100% of allowed	No cost share – member Plan pays 100% of allowed
Tests	Diagnostic test (x-ray, blood work) Free Standing Facilities Subject to Deductible		Plan pays 75% of allowed	Plan pays 80% of allowed (3 test maximum)
	Imaging (CT/PET scans, MRIs) at a Free Standing Imaging Center, if performed in a hospital on an outpatient basis not covered Subject to Deductible		Plan pays 75% of allowed	Plan pays 80% of allowed (combined with lab & x-ray – 3 test maximum)
Outpatient Mental health, Behavioral Health, or Substance abuse needs	Mental/Behavioral health outpatient services		Not Covered	Not Covered
	Substance use disorder outpatient services Subject to Deductible 12 visit maximum		75% of allowed	Not Covered
Outpatient surgery	Facility fee (e.g., ASC)		Not Covered	Plan pays 80%
	Physician/surgeon fees		Not Covered	Plan pays 80% (1 per Calendar year)
Need immediate attention	Emergency room services (waived if admitted)		Not Covered	Plan pays 80% (1 surgery per calendar year)
	Emergency medical transportation		Not Covered	Plan pays 80%
Hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)		Not Covered	\$100 co-pay Plan pays 80% (2 day max)
	Physician/surgeon fee		Not Covered	Plan pays 80%
Inpatient Mental health, Behavioral Health, or Substance abuse needs	Mental/Behavioral health inpatient Services		Not Covered	Not Covered
	Substance use disorder inpatient Services		Not Covered	Not Covered
Pregnancy	Delivery and all Inpatient services	Professional Hospital	Not Covered	Same as any other illness
Help recovering or other special health needs	Home health care		Not Covered	Not Covered
	Rehabilitation services Subject to deductible		\$20 co-pay – member Plan pays 100% of allowed	Not Covered
	Habilitation services		Not Covered	Not Covered
	Chiropractic Services – 12 visit maximum		\$20 co-pay plan pays 100% of allowed	Not Covered
	Acupuncture Services – 12 visit maximum		\$20 co-pay plan pays 100% of allowed	Not Covered
	Skilled nursing facility		Not Covered	Not Covered
	Chemotherapy/Radiation		Not Covered	Not Covered
	Dialysis		Not Covered	Not Covered
	Durable medical equipment		Not Covered	Not Covered
	Hospice service		Not Covered	Not Covered
Child needs	Eye Exam		No cost share	No cost share
Child oral care Ages 0-11 mos, 1-4yrs, 5-10 yrs.	Glasses		Not Covered	Not Covered
	Dental check-up – Preventive and Diagnostic Services		Not Covered	Not Covered
	Dental Basic Services		Not Covered	Not Covered
Drugs to treat illness or condition	Generic Drugs – Mandatory Generic		\$4 co-pay	\$10 co-pay
	Brand Subject to deductible Available only when generic is not available		\$10 co-pay Formulary \$15.00 Non-Formulary	\$20 co-pay Formulary \$30.00 Non-Formulary
	Specialty Medication		Not Covered	Not Covered

Beneficios			Beneficios en Estados Unidos	Beneficios en México
Deducible por año calendario			\$250.00	\$0.00
Límite de gastos de su bolsillo			\$500.00	\$0.00
Evento Común Médico	Tipo de Servicio		Cuota del costo compartido para el miembro	Cuota del costo compartido para el miembro
	Beneficios		Interplan/Healthsmart Network (Servicios de paciente externo – visita en oficina, lab, rayos’s x, visita de cuidado urgente y instalaciones de paciente externo para examen de MRI, CT y PET) **Servicios proporcionados fuera de la Red de Interplan/Healthsmart para servicios de paciente externo no son cubiertos bajo este plan.	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico
Visita ha la Oficina ó Clínica de un proveedor de salud	Consulta con el médico familiar para tratar una enfermedad ó lastimadura		\$10 de copago – Miembro El plan paga el 100% de lo permitido	\$5 de copago
	Visita con el Especialista		\$20 de copago - Miembro El plan paga el 100% de lo permitido	\$10 de copago
	Institución de Cuidado Urgente/Servicio		\$20 de copago - Miembro El plan paga el 100% de lo permitido	\$5 de copago
	Cuidado Preventivo/revisión/Inmunización		No tiene costo – miembro El plan paga el 100% de lo permitido	No tiene costo- miembro El plan paga el 100% de lo permitido
Exámenes	Exámenes de Diagnostico (rayos’s x, sangre) Institución de paciente externo Sujeto al Deducible		El plan paga 75% de lo permitido	El plan paga 80% de lo permitido (3 exámenes máxima)
	Imágenes (Examen de CT/PET y MRIs en una Institución de paciente externo, Centro de Imagen, sí es hecho en el hospital como paciente externo-no es cubierto Sujeto al Deducible		El plan paga 75% de lo permitido	El plan paga 80% de lo permitido (combinado con el laboratorio y de rayos X-3 exámenes máximum)
Paciente Externo – Necesidad para la Salud Mental, Comportamiento y Abuso de Substancias	Servicios de paciente externo Mental y comportamiento		No es Cubierto	No es Cubierto
	Servicios de paciente externo para desorden de Abuso de Substancias Sujeto al Deducible Límite de 12 visitas		75% de lo permitido	No es Cubierto
Cirugía de Paciente Externo	Tarifa de Institución (e.g., ASC)		No es Cubierto	Plan paga el 80% (1 por año calendario)
	Honorarios de Medico y Cirujano		No es Cubierto	Plan paga el 80% (1 cirugía por año calendario)
Necesita atención Inmediata	Servicios de cuarto de Emergencia		No es Cubierto	Plan paga el 80%
	Transportación de Emergencia médica		No es Cubierto	Plan paga el 80%
Estancia en el Hospital	Tarifa de Institución (e.g., cuarto en Hospital)		No es Cubierto	\$100 de copago el plan paga 80%
	Tarifa de Médico y Cirujano		No es Cubierto	Plan paga el 80%
Paciente Internado – Necesidad para la Salud Mental, Comportamiento y Abuso de Substancias	Servicios de Paciente Internado – Salud mental y Substancias		No es Cubierto	No es Cubierto
	Paciente Internado, desorden de Abuso de Substancias		No es Cubierto	No es Cubierto
Embarazo	Parto y todos los servicios de Paciente Internado	Hospital Profesional	No es Cubierto	Mismo que cualquier otra enfermedad
Ayuda para recuperarse ó otras necesidades medicas	Cuidado de Salud en Casa		No es Cubierto	No es Cubierto
	Servicios de Rehabilitación		\$20 copago - miembro Plan paga el 100% de lo permitido	No es Cubierto
	Servicios de Habilidadación		No es Cubierto	No es Cubierto
	Servicios quiroprácticos – 12 máximo de visitas		\$20 copago Plan paga 100% de lo permitido	No es Cubierto
	Acupuntura Servicios – 12 máximo de visitas		\$20 copago Plan paga 100% de lo permitido	No es Cubierto
	Institución de Enfermero Instruido		No es Cubierto	No es Cubierto
	Quimioterapia/Radiación		No es Cubierto	No es Cubierto
	Diálisis		No es Cubierto	No es Cubierto
	Equipo médico durable		No es Cubierto	No es Cubierto
Necesidad de Niño Cuidado Oral de Niño Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años	Servicios de Hospicio		No es Cubierto	No es Cubierto
	Examen de Visión		No tiene cobro	No tiene cobro
	Aros		No es Cubierto	No es Cubierto
	Examen Dental – Preventivo y Servicios Diagnósticos		No es Cubierto	No es Cubierto
	Servicios Básicos de Dental		No es Cubierto	No es Cubierto
Medicamentos para tratar enfermedad ó un condición	Medicamentos Genéricos – Genérico es Mandatorio		\$4 copago	\$10 copago
	Medicamento de Marca-Sujeto al Deducible –Disponible solamente cuando no ay en genérico		\$10 copago Formulario \$15 copago No-Formulario	\$20 copago Formulario \$30 copago No-Formulario
	Medicamentos Especiales		No es Cubierto	No es Cubierto