

Benefits		
Service	MEC PLUS PLAN ASO	MEXICO BENEFITS
Annual Deductible		
Per Person	\$250.00	\$0.00
Per Family	\$500.00	\$0.00
Percentage Payable	75%	80%
Professional Services	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 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
Office visit	\$10 co-pay Plan Pays 100% of allowed	\$5 co-pay
Specialist visit	\$40 co-pay Plan Pays 100% of allowed	\$10 co-pay
Urgent Care Facility/Service	\$40 co-pay Plan Pays 100% of Allowed	\$5 co-pay
Additional Services/Lab & X-ray in office	75% after Deductible	Plan pays 80% of allowed
Preventative Services - Child & Adult	100%	No cost share – member Plan pays 100% of allowed
Outpatient Lab & X-Ray Subject to deductible	75% after Deductible	Plan pays 80% of allowed
Specialty Testing/Scans Subject to deductible	75% after Deductible	Plan pays 80% of allowed
Outpatient Services Facility	Not Covered	Plan pays 80%
Outpatient Services Physician	Not Covered	Plan pays 80%
Emergency Services		
Emergency Room	Not Covered	Plan pays 80%
Ambulance	Not Covered	Plan pays 80%
Hospital Benefits		
Inpatient	Not Covered	\$100 co-pay Plan pays 80%
Additional Outpatient Services		
Skilled Nursing	Not Covered	Not Covered
Chiropractic Services	Not Covered	Not Covered
Acupuncture Services	Not Covered	Not Covered
Rehabilitation services	\$20 co-pay Plan pays 100% of allowed	Not Covered
Physical/Occupational Services	\$20 co-pay Plan pays 100% of allowed	Not Covered
Mental Outpatient	Not Covered	Not Covered
Substance Abuse Outpatient Subject to deductible 12 visit maximum	75% after Deductible	Not Covered
Pediatric Dental & Vision	Not Covered	Not Covered
Prescriptions		
Generic	\$10.00 co-pay	\$10.00 co-pay
Brand Formulary	Not Covered	\$20.00 co-pay Formulary
Brand Non-Formulary	Not Covered	\$30.00 Non-Formulary
Specialty Medication	Not Covered	Not Covered

Beneficios		
Servicios	MEC PLUS PLAN ASO	BENEFICIOS DE MEXICO
Deducible Anual		
Por Persona	\$250.00	\$0.00
Por Familia	\$500.00	\$0.00
Porcentaje Por Pagar	75%	80%
Servicios Profesionales	Red de Healthsmart (servicios paciente externo – visita a la oficina, laboratorio, radiografías, visitas de atención de urgencia y servicios gratuitos para la MRI, CT y PET) **Los servicios hechos fuera de la red de Healthsmart para servicios de paciente externo no están cubiertos por este plan.	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico
Visita a la Oficina	\$10 copago El plan paga el 100% de lo permitido	\$5 copago
Visita de Especialista	\$40 copago El plan paga el 100% de lo permitido	\$10 copago
Centro de cuidado de Urgencia/Servicio	\$40 copago El plan paga el 100% de lo permitido	\$5 copago
Servicios adicionales/Laboratorio y radiografías en la oficina	75% después del deducible	El plan paga el 80% de lo permitido
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%	Sin costo compartido- Miembro El plan paga el 100% de lo permitido
Paciente Externo – Laboratorio y Radiografías Sujeto al deducible	75% después del deducible	El plan paga el 80% de lo permitido
Pruebas Especializadas/Tomografía Sujeto al deducible	75% después del deducible	El plan paga el 80% de lo permitido
Institución de Servicios para Paciente Externo	No es cubierto	El plan paga 80%
Servicios de Paciente Externo de Doctor	No es cubierto	El plan paga 80%
Servicios de Emergencia		
Cuarto de Emergencia	No es cubierto	El plan paga 80%
Ambulancia	No es cubierto	El plan paga 80%
Beneficios de Hospital		
Paciente Internado	No es cubierto	\$100 copago El plan paga 80%
Servicios Adicionales de Paciente Externo		
Enfermería Especializada	No es cubierto	No es cubierto
Servicios de Quiropráctica	No es cubierto	No es cubierto
Servicios de Acupuntura	No es cubierto	No es cubierto
Servicios de Rehabilitación	\$20 copago El plan paga el 100% de lo permitido	No es cubierto
Físico/Servicios Ocupacional	\$20 copago El plan paga el 100% de lo permitido	No es cubierto
Paciente Externo Mental	No es cubierto	No es cubierto
Abuso de Sustancias Paciente Externo Sujeto al deducible 12 visitas máximo	75% después del deducible	No es cubierto
Dental y Visión Pediátrico	No es cubierto	No es cubierto
Prescripciones		
Genérico	\$10.00 copago	\$10.00 copago
Marca Formulario	No es cubierto	\$20.00 copago Formulario
Marca No Formulario	No es cubierto	\$30.00 copago No Formulario
Medicamentos Especial	No es cubierto	No es cubierto