

2422 Benefits	MEC VALUE
Annual Deductible Per Person/Per Family	\$0
Maximum Out of Pocket Per Person/Per Family	\$6,350/\$12,700
Percentage Payable	100%
Professional Services	Services must be provided by Providers within the PHCS Network
Physician office visits	\$10 co-pay (limit to 3 annual visits)
Specialist office visit (Referral needed)	\$10 co-pay (Combined with 3 annual Physician office visits)
Procedures performed during an office/ specialist visit	Not Covered
Lab & X-ray in office	\$10 co-pay (limit to 3 annual visits)
Lab & X-Ray Outpatient	\$10 co-pay (limit to 3 annual visits)
Complex Imaging – CAT, MRI, MRA/MRI & PET SCANS	Not Covered
Preventative Services - Child & Adult	100%
Pediatric Dental & Vision	ACA Required Benefits
Outpatient Services	
Facility	Not Covered
Physician	Not Covered
Emergency Services	
Emergency Room – Facility and Physician	Not Covered
Ambulance	Not Covered
Hospital Benefits	
Facility	Not Covered
Physician	Not Covered
Mental Health	Not Covered
Substance Abuse	Not Covered
Additional Services	
Chemotherapy/Radiation Therapy	Not Covered
Skilled Nursing	Not Covered
Chiropractic/Acupuncture	Not Covered
Physical/Occupational/Speech	Not Covered
Mental Outpatient	Not Covered
Durable Medical Equipment	Not Covered
Sleep Disorder – Medically Necessary	Not Covered
Substance Abuse Outpatient	Not Covered
Prescriptions	
Generic	Not Covered
Brand Formulary	Not Covered
Brand Non-Formulary	Not Covered
Mail Order (90 Days)	
Generic	Not Covered
Preferred	Not Covered
Non-Preferred	Not Covered
Specialty Medication	Not Covered
Mexico Panel – Benefits available upon request	Included

2422 Beneficios	MEC VALUE
Deducible Anual Por Persona/Por Familia	\$0
Máximo de su bolsillo Por Persona/Por Familia	\$6,350/\$12,700
Porcentaje Pagado	100%
Servicios Profesionales	Los servicios deben ser proporcionados por proveedores dentro de la red de PHCS.
Tratamiento Médico (Oficina)	\$10 co-pago 3 visitas máximas
Especialista (Oficina) (Referencia necesaria para opción #1)	\$10 co-pago (3 visitas máximas combinado con tratamiento médico)
Procedimientos realizados durante una consulta	No es cubierto
Beneficios de laboratorio y rayos x en la oficina	\$10 co-pago 3 visitas máximas
Beneficios de Laboratorio y Rayos X de Paciente Externo	\$10 co-pago 3 visitas máximas
Imágenes Complejas – CAT,MRI,MAR & PET SCAN	No es cubierto
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%
Pediatría Dental y Visión - ACA	Beneficios Requeridos por ACA
Servicios de Paciente Externo	
Facilidad de Paciente Externo	No es cubierto
El médico para Paciente Externo	No es cubierto
Servicios de Emergencia	
Sala de Emergencias El médico y facilidad	No es cubierto
Ambulancia	No es cubierto
Beneficios Hospitalarios	
Facilidad para Paciente Interno	No es cubierto
El médico para Paciente Interno	No es cubierto
Paciente Interno Mental	No es cubierto
Paciente Interno Abuso de Sustancias	No es cubierto
Adicional Servicios de Paciente Externo	
Quimioterapia / Terapia de radiación	No es cubierto
Enfermería Especializada	No es cubierto
Servicios Quiroprácticos/Acupuntura	No es cubierto
Servicios Físicos/Ocupacionales Necesidad Médica	No es cubierto
Servicios Mental para Paciente Externo	No es cubierto
Materiales de Medico Duradero	No es cubierto
Desorden del sueño - Necesidad Médica	No es cubierto
Abuso de Sustancias para Paciente Externo	No es cubierto
Medicamentos	
Genérico	No es cubierto
Medicamentos de Marca Formulario	No es cubierto
Medicamentos de Marca No-Formulario	No es cubierto
Medicamentos (pedidos por correo 90 días)	
Genérico – Pedidos por correo	No es cubierto
Marca Formulario – Pedidos por correo	No es cubierto
Marca No-Formulario – Pedidos por correo	No es cubierto
Medicamentos de Especiales	No es cubierto
México Panel – Beneficios disponible bajo pedido	Incluido