

# Plan Overview

## Salud HMO y Más 25 - AAM

Benefit description	Member responsibility	
	Health Net Salud network (CA)	SIMNSA network (Mexico members; self-referral for CA members <sup>1</sup> )
<b>Plan maximums</b>		
Out-of-pocket maximum <sup>2</sup>	\$3,500 single / \$7,000 family	\$1,500 single / \$3,000 two-party / \$4,500 family
Lifetime benefit maximum	No maximum	
<b>Professional services</b>		
Office visit (including specialist consultation)	\$25 copay	\$5 copay
Preventive care services <sup>3,4</sup>	Covered in full	
X-ray and laboratory procedures / Complex radiology <sup>4</sup>	Covered in full / \$100 copay	Covered in full
Self-injectables	Covered in full	
<b>Hospital services</b>		
Inpatient care (includes maternity)	\$250 per day (4-day copay max)	Covered in full
Outpatient facility services (other than surgery)	20%	Covered in full
Outpatient surgery (hospital or surgery center charges only)	20%	Covered in full
<b>Emergency services</b>		
Professional services	Covered in full	
Emergency room facility (copay waived if admitted)	\$100 copay	\$10 copay
Urgent care facility	\$25 copay	\$10 copay
<b>Behavioral services<sup>5</sup></b>		
Severe mental health (outpatient / inpatient)	\$25 copay / Covered in full	\$5 copay / Covered in full
Non-severe mental health (outpatient / inpatient)	\$25 copay / Covered in full	\$5 copay / Covered in full
Chemical dependency rehabilitation (outpatient / inpatient)	\$25 copay / Covered in full	\$5 copay / Covered in full
Acute care detoxification	Covered in full	Covered in full <sup>5</sup>
<b>Other services</b>		
Diabetic equipment	Covered in full	
Acupuncture and chiropractic services <sup>6</sup>	Optional rider available	Not covered
<b>Prescription drug coverage</b>		
Calendar year deductible (per member)	\$250	No deductible
Prescription drugs (up to a 30-day supply) <sup>7</sup>	\$10 / \$35 / \$50	\$5 copay

<sup>1</sup> Out-of-network providers, facilities or pharmacies in Mexico (other than those in the SIMNSA Network) are not covered by this plan.

<sup>2</sup> The OOPM is combined for SIMNSA networks in Mexico and California.

<sup>3</sup> Preventive care services for women also includes: female contraceptive services, devices and supplies, female family planning, female preventive sterilizations, screening for gestational diabetes, domestic violence and HIV, breast feeding devices and supplies, applicable female counseling for sexually transmitted infections, HIV, domestic violence, contraceptives and breastfeeding support.

<sup>4</sup> Includes annual preventive physical, newborn and well-child care, well-woman exams, preventive lab, and X-ray services.

<sup>5</sup> Mental health and substance abuse services must be provided by a SIMNSA provider.

<sup>6</sup> Chiropractic and/or acupuncture rider coverage is available as an optional benefit with the HMO plan shown above. Features of Health Net's chiropractic coverage include: \$10 per visit copayment and up to 20 visits per calendar year.

<sup>7</sup> The three prescription drug tiers are Tier 1: Generic formulary; Tier 2: Brand formulary; Tier 3: Brand non-formulary. Some plans will cover most female prescription contraceptives at \$0 cost share. Coverage on some drugs may not follow the generic and brand tier system. Please refer to your plan documents and Health Net's Recommended Drug List (RDL) for coverage, cost share and tier information.

<sup>1</sup> Los proveedores, los centros o las farmacias Fuera de la Red en México (que no sean aquellos de la Red SIMNSA) no están cubiertos por este plan.

<sup>2</sup> El desembolso máximo está combinado para las redes SIMNSA en México y California.

<sup>3</sup> Los servicios preventivos de atención a las mujeres también incluye: anticonceptivos femeninos servicios, dispositivos y materiales de construcción, la planificación de la familia femenino, esterilizaciones femeninas preventivas, de detección de la diabetes gestacional, la violencia doméstica y el VIH, Aparatos y material para la lactancia materna, consejería femenina aplicable para las infecciones de transmisión sexual, el VIH, la violencia doméstica, los anticonceptivos y apoyo a la lactancia.

<sup>4</sup> Incluye exámenes físicos preventivos anuales, atención del recién nacido y atención para niños saludables, exámenes para mujeres saludables, y servicios preventivos de laboratorio y rayos X.

<sup>5</sup> Los servicios de salud mental y de abuso de sustancias los debe proporcionar un proveedor de SIMNSA.

<sup>6</sup> La cobertura de la cláusula adicional para servicios quiroprácticos y/o de acupuntura está disponible como beneficio opcional con el plan HMO descrito más arriba. Las características de la cobertura para servicios quiroprácticos de Health Net incluyen: Co-pago de \$10 por consulta y hasta 20 consultas por año calendario.

<sup>7</sup> Los tres niveles de medicamentos que requieren receta médica son Nivel 1: Medicamentos Genéricos del formulario; Nivel 2: Medicamentos de Marca del formulario; Nivel 3: Medicamentos de Marca fuera del formulario. Algunos planes cubren los anticonceptivos recetados más mujeres en \$0 costo compartido. La cobertura para algunos medicamentos puede no seguir el sistema de niveles genéricos y de marca. Por favor, consulte los documentos del plan y de Health Net Lista de medicamentos recomendados (RDL) para la cobertura, costos compartidos y la información de nivel.

# Cobertura del Plan

## Salud HMO y Más 25 - AAM

Descripción del beneficio	Responsabilidad del Afiliado	
	Red Salud (CA)	Red SIMNSA (auto referencia para los afiliados de CA; Mexico <sup>1</sup> )
<b>Máximos del plan</b>		
Desembolso máximo <sup>2</sup>	\$3,500 individual / \$7,000 familiar	\$1,500 individual / \$3,000 dos personas / \$4,500 familiar
Máximo de beneficios médicos de por vida	No hay máximo	
<b>Servicios profesionales</b>		
Visita al consultorio (incluyendo la consulta con un especialista)	Copago de \$25	Copago de \$5
Servicios de atención preventiva <sup>3,4</sup>	Totalmente cubierto	
Procedimientos de laboratorio y rayos / Radiología compleja <sup>4</sup>	Totalmente cubierto / Copago de \$100	Totalmente cubierto
Medicamentos auto inyectables	Totalmente cubierto	
<b>Servicios hospitalarios</b>		
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (incluyendo maternidad)	Copago de \$250 por día (4 días copago máximo)	Totalmente cubierto
Servicios en centros para pacientes ambulatorios (que no sean cirugía)	20%	Totalmente cubierto
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio)	20%	Totalmente cubierto
<b>Servicios de emergencia</b>		
Servicios profesionales	Totalmente cubierto	
Servicios del centro en sala de emergencias (exento de co-pago si es admitido)	Copago de \$100	Copago de \$10
Centro de atención de urgencia	Copago de \$25	Copago de \$10
<b>Servicios de salud del comportamiento<sup>5</sup></b>		
Servicios de salud mental para enfermedades mentales graves (paciente ambulatorios/pacientes hospitalizados)	Copago de \$25 / Totalmente cubierto	Copago de \$5 / Totalmente cubierto
Servicios de salud mental para enfermedades mentales que no son de gravedad (pacientes ambulatorios/pacientes hospitalizados)	Copago de \$25 / Totalmente cubierto	Copago de \$5 / Totalmente cubierto
Servicios de rehabilitación para dependencia de sustancias químicas (pacientes ambulatorios/pacientes hospitalizados)	Copago de \$25 / Totalmente cubierto	Copago de \$5 / Totalmente cubierto
Desintoxicación de atención aguda	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto <sup>5</sup>
<b>Otros servicios</b>		
Equipo para diabéticos	Totalmente cubierto	
Acupuntura, servicios quiroprácticos <sup>6</sup>	Cláusula adicional opcional disponible	Sin cobertura
<b>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica</b>		
Deducible por medicamentos de marca por año calendario (por afiliado)	\$250	Sin deducible
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un período de hasta 30 días) <sup>7</sup>	\$10 / \$35 / \$50	\$5