

PLAN OVERVIEW NG

Salud HMO y Más 35 (1KF)

KEY BENEFITS ¹	MEMBER RESPONSIBILITY		
	SIMNSA NETWORK (MEXICO)	HN SALUD NETWORK (CA)	SIMNSA NETWORK ² (self-referral for CA Members)
PLAN MAXIMUMS			
Out-of-pocket maximum ³	\$1,500 single \$3,000 two-party \$4,500 family	\$4,000 single \$8,000 family	\$1,500 single \$3,000 two-party \$4,500 family
Lifetime medical benefit maximum	Unlimited		
PROFESSIONAL SERVICES			
Office visit (including specialist consultation)	\$5 copayment	\$35 copayment	\$5 copayment
Preventive care services ⁴	Covered in full	\$35 copayment	Covered in full
X-ray and laboratory procedures ⁵	Covered in full	Covered in full	Covered in full
Rehabilitation therapy ⁶	\$5 copayment	\$35 copayment	\$5 copayment
Self-injectable drugs	Covered in full	Covered in full	Covered in full
HOSPITAL SERVICES			
Inpatient hospital facility services (includes maternity)	Covered in full	\$500/day (4-day copayment maximum)	Covered in full
Outpatient services (other than surgery)	Covered in full	20%	Covered in full
Outpatient surgery (hospital or outpatient surgical center charges only)	Covered in full	20%	Covered in full
Skilled nursing facility (100 days per calendar year)	Covered in full	20%	Covered in full
EMERGENCY SERVICES			
Professional services	Covered in full	Covered in full	Covered in full
Emergency room facility (copayment waived if admitted)	\$10 copayment	\$100 copayment	\$10 copayment
Urgent care facility	\$10 copayment	\$35 copayment	\$10 copayment
Ambulance services (ground and air)	Covered in full	\$100 copayment	Covered in full
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES			
Severe mental health (outpatient/inpatient)	\$5 copayment/Covered in full ⁷	\$35 copayment/Covered in full	\$5 copayment/Covered in full ⁷
Non-severe mental health (outpatient/inpatient)	\$5 copayment (20 visits per year)/Covered in full (20 days per year) ⁷	\$35 copayment/Covered in full	\$5 copayment (20 visits per year)/Covered in full (20 days per year) ⁷
Chemical dependency (outpatient/inpatient)	\$5 copayment (20 visits per year)/Covered in full (30 days per year) ⁷	\$35 copayment (20 visits per year)/Covered in full (30 days per year)	\$5 copayment (20 visits per year)/Covered in full (30 days per year) ⁷
Acute care detoxification	20% (20 days per year) ⁷	Covered in full	20% (20 days per year) ⁷
OTHER SERVICES			
Durable medical equipment	Covered in full	30%	Covered in full
Orthotics and prosthetics	Covered in full	Covered in full	Covered in full
Diabetic equipment	Covered in full	Covered in full	Covered in full
Acupuncture, chiropractic services ⁸	Not covered	Optional rider available	Not covered
PRESCRIPTION DRUG COVERAGE			
Brand name calendar year deductible (per member)	No deductible	\$250	No deductible
Prescription drugs (up to a 30-day supply)	\$5 copayment	\$10 Level I/ \$35 Level II/ \$50 Level III	\$5 copayment

¹This is a summary of benefits. It does not include all services, limitations or exclusions. Please refer to the Evidence of Coverage for terms and conditions of coverage.

²Out-of-Network providers, facilities or pharmacies in Mexico (other than those in the SIMNSA Network) are not covered by this plan.

³The OOPM is combined for SIMNSA networks in Mexico and California.

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

⁵Complex radiology (includes CT, SPECT, PET and MRI) requires a \$100 copayment.

⁶Includes physical, speech, occupational, cardiac and pulmonary rehabilitation therapy.

⁷Mental health and substance abuse services must be provided by a SIMNSA provider.

⁸Chiropractic 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.

COBERTURA DEL PLAN NG

Salud HMO y Más 35 (1KF)

BENEFICIOS CLAVE ¹	RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO		
	RED SIMNSA (MÉXICO)	RED HN SALUD (CA)	RED SIMNSA ² (autorreferencia para los Afiliados de CA)
MÁXIMOS DEL PLAN			
Desembolso máximo ³	\$1,500 individual \$3,000 dos personas \$4,500 familiar	\$4,000 individual \$8,000 familiar	\$1,500 individual \$3,000 dos personas \$4,500 familiar
Máximo de beneficios médicos de por vida	Ilimitado		
SERVICIOS PROFESIONALES			
Visita al consultorio (incluyendo consulta con un especialista)	Co-pago de \$5	Co-pago de \$35	Co-pago de \$5
Servicios de atención preventiva ⁴	Totalmente cubierto	Co-pago de \$35	Totalmente cubierto
Procedimientos de laboratorio y rayos X ⁵	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Terapia de rehabilitación ⁶	Co-pago de \$5	Co-pago de \$35	Co-pago de \$5
Medicamentos auto inyectables	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
SERVICIOS HOSPITALARIOS			
Servicios en centros hospitalarios para pacientes internados (incluyendo maternidad)	Totalmente cubierto	\$500/día (máximo de co-pago de 4 días)	Totalmente cubierto
Servicios para pacientes ambulatorios (que no sean cirugía)	Totalmente cubierto	20%	Totalmente cubierto
Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo cargos del hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio)	Totalmente cubierto	20%	Totalmente cubierto
Centros de enfermería especializada (100 días por año calendario)	Totalmente cubierto	20%	Totalmente cubierto
SERVICIOS DE EMERGENCIA			
Servicios profesionales	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Servicios del centro con sala de emergencias (exento de co-pago si es admitido)	Co-pago de \$10	Co-pago de \$100	Co-pago de \$10
Servicios del centro de atención de urgencia	Co-pago de \$10	Co-pago de \$35	Co-pago de \$10
Servicios de ambulancia (por tierra y aire)	Totalmente cubierto	Co-pago de \$100	Totalmente cubierto
SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO			
Servicios de salud mental para enfermedades mentales graves (pacientes ambulatorios/pacientes hospitalizados)	Co-pago de \$5/ Totalmente cubierto ⁷	Co-pago de \$35/ Totalmente cubierto	Co-pago de \$5/ Totalmente cubierto ⁷
Servicios de salud mental para enfermedades mentales que no son de gravedad (pacientes ambulatorios/pacientes hospitalizados)	Co-pago de \$5 (20 consultas por año)/Totalmente cubierto (20 días por año) ⁷	Co-pago de \$35/ Totalmente cubierto	Co-pago de \$5 (20 consultas por año)/Totalmente cubierto (20 días por año) ⁷
Dependencia de sustancias químicas (pacientes ambulatorios/pacientes hospitalizados)	Co-pago de \$5 (20 consultas por año)/Totalmente cubierto (30 días por año) ⁷	Co-pago de \$35 (20 consultas por año)/Totalmente cubierto (30 días por año)	Co-pago de \$5 (20 consultas por año)/Totalmente cubierto (30 días por año) ⁷
Desintoxicación de atención aguda	20% (20 días por año) ⁷	Totalmente cubierto	20% (20 días por año) ⁷
OTROS SERVICIOS			
Equipo médico duradero	Totalmente cubierto	30%	Totalmente cubierto
Aparatos ortóticos y prótesis	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Equipo para diabéticos	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Acupuntura, servicios quiroprácticos ⁸	Sin cobertura	Cláusula adicional opcional disponible	Sin cobertura
COBERTURA PARA MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA			
Deducible por medicamentos de marca por año calendario (por afiliado)	Sin deducible	\$250	Sin deducible
Medicamentos que requieren receta médica (suministro para un periodo de hasta 30 días)	Co-pago de \$5	\$10 en el Nivel I \$35 en el Nivel II \$50 en el Nivel III	Co-pago de \$5

¹Éste es un resumen de beneficios. No incluye todos los servicios, las limitaciones o las exclusiones. Si desea conocer los términos y condiciones de la cobertura, consulte la Evidencia de Cobertura.

²Los 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.

³El Desembolso máximo se combina para las redes de SIMNSA en México y California.

⁴Incluye 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.

⁵La radiología compleja (incluyendo tomografía computarizada [CT, por sus siglas en inglés], tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT, por sus siglas en inglés], tomografía por emisión de positrones [PET, por sus siglas en inglés] e imágenes por resonancia magnética [IRM]) requiere un co-pago de \$100.

⁶Incluye fisioterapia, y terapia del habla, ocupacional, de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación pulmonar.

⁷Los servicios de salud mental y de abuso de sustancias los debe proporcionar un proveedor de SIMNSA.

⁸La cobertura de la cláusula adicional para Servicios Quiroprácticos y/o de Acupuntura está disponible como beneficio opcional para 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.