

ESSENTIAL PLANS

BENEFIT SUMMARY

	In Network MEC Plus	In Network MEC Premium Plus	Out of Network
Beneficio máximo anual / máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado	No Cubierto
Deducible (por persona)	\$0	\$0	No Cubierto
Medical Benefits			
Deducible y reembolso máximo	No aplica	No aplica	No Cubierto
Bienestar y cuidado preventivo (Incluyendo Pediatría y Obstetricia y Ginecología)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	No Cubierto
Médico de cabecera y visitas de enfermedades pediátricas	Copago de \$ 25 - 5 visitas por año	Copago de \$ 25 - Visitas ilimitadas	No Cubierto
Doctor especialista	Copago de \$ 35 - 1 visita por año	Copago de \$ 35 - 5 visitas por año	No Cubierto
Servicios de laboratorio e imágenes	Solo atención preventiva incluida	Solo atención preventiva incluida	No Cubierto
Rayos X	Solo atención preventiva incluida	Solo atención preventiva incluida	No Cubierto
Atención de urgencias	Copago de \$ 50 - 2 visitas por año	Copago de \$ 50 - 3 visitas por año	No Cubierto
Admisión a la sala de emergencias	No cubierto/ Descuento del Network	Copago de \$ 250 - 1 visita por año	No Cubierto
Cirugía ambulatoria, hospicio, enfermera especializada	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Servicios de Cirugía	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Consulta de Maternidad Pre / Post Natal	No cubierto/ Descuento del Network	Copago de \$ 25 - 3 visitas	No Cubierto
Salud Mental, Consulta de Abuso de Sustancias	No cubierto/ Descuento del Network	Copago de \$ 25 - primeras 3 visitas	No Cubierto
Terapia del habla / rehabilitación	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Terapia física de rehabilitación y rehabilitación	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Cuidado quiropráctico	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Centro de enfermería especializada	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Equipo médico duradero	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, Centro de cirugía ambulatoria)	No cubierto/ Descuento del Network	No cubierto/ Descuento del Network	No Cubierto
Prescription Drug Benefits			
RX	Descuento por genéricos	Descuento por genéricos	No Cubierto

Dependents covered to age 26 regardless of marital status.

Timely Filing: Claims must be filed within 12 months from the date the service incurred.

Rural Area is defined as 30 miles. If preventive services are not available within 30 miles of your residence the provider will be paid in network.

Coordination of Benefits: Non-duplicating, Plan does not pay in excess of what the plan would have paid without other coverage.

We believe this coverage is a Non-Grandfathered health plan under the Patient Protection and Affordable Care Act. (PPACA)

Policy term is for a 12 month period. In the event of an early termination, there is a 6 month waiting period for all services.

All claims are subject to Plan provisions at the time of service. Any benefits quoted telephonically or in writing is not a guarantee of payment.

Claims are determined upon receipt of the claim and any additional information required to make a benefit determination.

