



# Access Baja HMO<sup>SM</sup> Plan 10\*

## Benefit Summary

(Uniform Health Plan Benefits & Coverage Matrix)

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND IS A SUMMARY ONLY. THE *EVIDENCE OF COVERAGE, DISCLOSURE FORM AND PLAN CONTRACT* SHOULD BE CONSULTED FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS.

### DEDUCTIBLES

|  |   |
|--|---|
| Calendar-Year Medical Deductible                             | None                                      |
| Calendar-Year Copayment Maximum* (For many covered services) | \$1,000 per Individual/\$2,000 per Family |

### LIFETIME MAXIMUMS

None

| Covered Services | Member Copayment<br>Access Baja HMO Providers <sup>1</sup> |
|------------------|--|
|------------------|--|

### PROFESSIONAL SERVICES

#### Physician Services – Outpatient

|  |            |
|--|------------|
| – Physician and authorized specialist office visits<br><small>Note: A woman may self-refer to an OB/GYN or family practice physician in her Personal Physician’s medical group or IPA for OB/GYN services.</small> | \$10/visit |
| – Allergy testing or treatment   | \$10/visit |

|  |           |
|--|-----------|
| Laboratory, x-ray and diagnostic tests | No Charge |
|--|-----------|

#### Preventive care

|  |           |
|--|-----------|
| – Annual routine physical exams, eye/ear screenings and immunizations according to age schedule<br><small>Note: A woman may self-refer to an OB/GYN or family practice physician in her Personal Physician’s medical group or IPA.</small> | No Charge |
|--|-----------|

### OUTPATIENT SERVICES

#### Non-emergency

|  |                       |
|--|-----------------------|
| – Outpatient surgery in hospital/facility  | \$50/visit or surgery |
| – Outpatient treatment (except rehabilitative therapy services described below), renal dialysis and necessary supplies | No Charge             |

### HOSPITALIZATION SERVICES

|  |           |
|--|-----------|
| – Inpatient physician services, including pregnancy and maternity care   | No Charge |
| – Private room and board in Mexico and semi-private room and board outside of Mexico, medically necessary services and supplies, including subacute care | \$100/day |
| – Skilled nursing facility (SNF) services <sup>2</sup>   | \$50/day  |

### EMERGENCY HEALTH COVERAGE (Waived if the member is directly admitted to the hospital for inpatient services)

|  |            |
|--|------------|
| – Emergency services provided in Mexico                        | \$25/visit |
| – Emergency services provided in the U.S. or outside of Mexico | \$50/visit |

### AMBULANCE SERVICES<sup>3</sup>

\$50

### PRESCRIPTION DRUG COVERAGE<sup>4</sup> (at an Access Baja HMO participating pharmacy; includes oral contraceptives, diaphragms, and covered diabetic drugs and testing supplies)

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
|                                    | Participating Pharmacy<br>(For up to a 30-day supply) |
| – Generic drugs (30-day supply)    | \$10/prescription drug                                |
| – Brand-name drugs (30-day supply) | \$20/prescription drug                                |

### DURABLE MEDICAL EQUIPMENT

|  |                        |
|--|------------------------|
| – Home medical equipment, prosthetics/orthotics <sup>5</sup> , oxygen, colostomy/ostomy supplies | 50% of Allowed Charges |
|--|------------------------|

### MENTAL HEALTH SERVICES (PSYCHIATRIC)<sup>5</sup>

|   |            |
|---|------------|
| – Inpatient hospital facility services  | \$100/day  |
| – Outpatient visits for severe mental health conditions   | \$10/visit |
| – Outpatient visits for non-severe mental health conditions<br><small>(Up to 20 visits per calendar year combined with outpatient chemical dependency visits)</small> | \$10/visit |

### CHEMICAL DEPENDENCY SERVICES (SUBSTANCE ABUSE)<sup>5</sup>

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| – Inpatient services for medical acute detoxification  | See “Hospitalization Services” |
| – Outpatient visits (Up to 20 visits per calendar year combined with outpatient non-severe mental health visits) | \$10/visit                     |

**HOME HEALTH SERVICES**

|   |            |
|---|------------|
| – Agency visits (up to 100 visits per calendar year) <sup>7</sup> | \$10/visit |
| – Medical supplies/IV solutions                                   | No Charge  |
| – Physician home visits   | \$25/visit |

**OTHER****Hospice**

|   |           |
|---|-----------|
| – Routine home care and inpatient respite care            | No Charge |
| – 24 Hour continuous home care and general inpatient care | \$50/day  |

**Pregnancy and maternity care**

|   |           |
|---|-----------|
| – Prenatal and postnatal physician office visits (For all necessary inpatient hospital services, see "Hospitalization Services.") | No Charge |
|---|-----------|

**Family planning and infertility services**

|  |            |
|--|------------|
| – Family planning counseling   | \$10/visit |
| – Tubal ligation <sup>8,9</sup> and elective termination of pregnancy <sup>9</sup> | \$100      |
| – Vasectomy <sup>9</sup>   | \$50       |

**Rehabilitative therapy services**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| – Outpatient visits (Copayment applies to all place of services, including professional and facility settings) | \$10/visit                     |
| – Inpatient Services for Rehabilitation  | See "Hospitalization Services" |

**Urgent care outside service area**

|  |            |
|--|------------|
| – Urgent care outside your Plan Service Area but outside of Mexico | \$50/visit |
| – Urgent care outside your Plan Service Area, but within Mexico    | \$25/visit |

**Diabetes care**

|  |                        |
|--|------------------------|
| – Equipment, devices and non-testing supplies (For testing supplies, please see "Outpatient Prescription Drug Coverage") | 50% of allowed charges |
| – Self-management training and education   | \$10/visit             |

\* This benefit matrix also applies to the Access Baja Dependent-Only Plan.

# Copayments and charges for services not included in the calculation of the member's calendar-year copayment maximum continue to be the member's responsibility after the calendar-year copayment maximum is reached. Please refer to the *Evidence of Coverage*, the *Disclosure Form* and the Group Health Service Contract for exact terms and conditions of coverage.

<sup>1</sup> For emergency services, the personal physician must be notified within 24 hours after care is received, unless it is not reasonably possible to do so. The services will be reviewed retrospectively by the Plan to determine whether the services were for a medical condition for which a reasonable person would have believed that he or she had an emergency medical condition. Please note that an approved referral by Access Baja HMO and Blue Shield of California to receive medical services in California does not constitute nor grant legal authorization for the member to enter the United States. Individuals who lack the necessary border documentation for the purpose of seeking medical services in the United States should apply to the United States Immigration and Naturalization Service (INS) for authorization.

<sup>2</sup> Skilled nursing services are limited to 100 days during a calendar year except when received through a hospice program provided by a participating hospice agency. This 100-day maximum on skilled nursing services is a combined maximum between SNF in a hospital unit and skilled nursing facilities.

<sup>3</sup> Members are encouraged to use appropriately the "911" emergency response system, in areas where the system is established and operating, when they have an emergency medical condition that requires the emergency response.

<sup>4</sup> Coverage is provided for drugs determined by the personal physician to be medically necessary. Drugs obtained at non-participating pharmacies are not covered unless medically necessary for a covered emergency.

<sup>5</sup> Orthosis benefits except for services covered under diabetes care are limited to a \$2,000 maximum per person per calendar year.

<sup>6</sup> For a listing of severe mental illnesses including serious emotional disturbances of a child and other benefit details, please refer to the *Evidence of Coverage* or Plan Contract.

<sup>7</sup> For home health care visits in Mexico, services will be rendered by a Mexican registered nurse contracted by the IPA.

<sup>8</sup> Copayment waived when procedure is performed in conjunction with delivery or abdominal surgery.

<sup>9</sup> This benefit can be exercised only within the United States; Copayment applies to physician services in the office or outpatient hospital facility.

*Benefits are subject to modification for subsequently enacted state or federal legislation.*



# Access Baja HMO<sup>SM</sup> Plan 10\*

## Puntos de Relieve

(Matriz de Cobertura y Beneficios Uniformes del Plan de Salud)

ESTA MATRIZ TIENE EL PROPÓSITO DE AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y SOLO ES UN RESUMEN. LA EVIDENCIA DE COBERTURA, EL FORMULARIO DE REVELACIÓN Y EL CONTRATO DEL PLAN SE DEBEN CONSULTAR PARA OBTENER INFORMACIÓN MÁS DETALLADA SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

### DEDUCIBLES

Deducible médico por año civil Ninguno

Copago máximo por año civil<sup>#</sup> (Para muchos servicios cubiertos) \$1,000 por persona/\$2,000 por familia

MÁXIMOS VITALICIOS Ninguno

### Servicios Cubiertos

Copago del Miembro  
Proveedores<sup>2</sup> de Access Baja HMO<sup>1</sup>

#### SERVICIOS PROFESIONALES

##### Servicios Médicos– Paciente Ambulatorio

- Visitas de consulta externa \$10 / visita  
Nota: Una mujer puede automitirse a un obstetra/ginecólogo o médico de práctica familiar dentro del grupo médico o IPA de su médico personal para servicios OB/GIN.
- Pruebas o tratamiento para las alergias \$10 / visita

Laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico Sin cargo

##### Cuidados Preventivos

- Exámenes físicos anuales de rutina programados, revisión de los ojos/oídos e inmunizaciones de acuerdo con la tabla de edades Sin cargo  
Una mujer puede automitirse a un obstetra/ginecólogo o médico de práctica familiar dentro del grupo médico o IPA de su médico personal.

#### SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

##### No de emergencia

- Cirugía ambulatoria en el hospital/centro \$50 / visita o cirugía
- Tratamiento para pacientes ambulatorios, (excepto los servicios de terapia de rehabilitación descritos a continuación) diálisis renal y suministros necesarios Sin cargo

#### SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Servicios del médico para el paciente internado, incluso embarazo y cuidado de maternidad Sin cargo
- Habitación privada y alimentos en México, y habitación semi privada y alimentos fuera de México, servicios y suministros médicamente necesarios, incluido el cuidado subagudo \$100 / día
- Servicios en un Centro de Enfermería Especializada<sup>2</sup> (SNF) \$50 / día

#### COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA (No se cobra si el miembro es admitido directamente al hospital para recibir servicios como paciente internado)

- Servicios de emergencia provistos en México \$25 / visita
- Servicios de emergencia provistos en los EE.UU. o fuera de México \$50 / visita

SERVICIOS DE AMBULANCIA<sup>3</sup> \$50 / viaje

#### COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS<sup>4</sup> (en una farmacia Access Baja HMO participante; incluye anticonceptivos orales, diafragmas, medicamentos para la diabetes cubiertos y suministros para pruebas)

- Medicamentos genéricos (suministro para 30 días) Farmacia Participante (suministro hasta para 30 días) \$10 / receta
- Medicamentos de marca (suministro para 30 días) \$20 / receta

#### EQUIPO MÉDICO DURABLE

- Equipo médico en el hogar, prótesis/ortosis<sup>5</sup> oxígeno, suministros para las colostomías/estomas 50% de los cargos permitidos

#### SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PSIQUIÁTRICOS)<sup>6</sup>

- Servicios hospitalarios para pacientes internados \$100 / día
- Visitas para pacientes ambulatorios por condiciones de salud mental graves \$10 / visita
- Visitas para pacientes ambulatorios por condiciones de salud mental no graves \$10 / visita  
(Hasta 20 visitas por año civil combinadas con visitas por alcoholismo y drogadicción para pacientes ambulatorios)

**SERVICIOS PARA EL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN<sup>6</sup>**

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| – Servicios para la desintoxicación aguda médica para pacientes internados   | Vea "Servicios de Hospitalización" |
| – Visitas para pacientes ambulatorios (Hasta 20 visitas por año civil combinadas con las visitas de salud mental no grave para pacientes ambulatorios) | \$10 / visita                      |

**SERVICIOS MÉDICOS A DOMICILIO**

|   |               |
|---|---------------|
| – Visitas de una agencia (Hasta 100 visitas por año civil) <sup>7</sup> | \$10 / visita |
| – Suministros médicos/soluciones endovenosas                            | Sin cargo     |
| – Visitas del médico en el hogar  | \$25 / visita |

**OTROS**

**CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

|   |            |
|---|------------|
| – Cuidados a domicilio de rutina y cuidados de relevo para pacientes internados         | Sin cargo  |
| – Cuidado continuo a domicilio las 24 horas y cuidado general para pacientes internados | \$50 / día |

**CUIDADO DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD**

|   |           |
|---|-----------|
| – Visitas prenatales y posnatales al consultorio (para todos los servicios hospitalarios necesarios para la paciente interna, vea "Servicios de hospitalización") | Sin cargo |
|---|-----------|

**Planificación familiar y servicios para la infertilidad**

|  |               |
|--|---------------|
| – Asesoramiento sobre la planificación familiar  | \$10 / visita |
| – Ligaduras de trompas <sup>8,9</sup> y terminación voluntaria del embarazo <sup>9</sup> | \$100         |
| – Vasectomía <sup>9</sup>  | \$50          |

**Servicios terapéuticos de rehabilitación**

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| – Visitas para pacientes ambulatorios (el copago se aplica en todos los lugares de servicio, incluso el entorno profesional y el de la institución) | \$10 / visita                      |
| – Servicios de rehabilitación para el paciente internado  | Vea "Servicios de Hospitalización" |

**Cuidado urgente fuera del área de servicio**

|   |               |
|---|---------------|
| – Cuidado urgente fuera del Área de Servicio de su Plan pero fuera de México  | \$50 / visita |
| – Cuidado urgente fuera del Área de Servicio de su Plan pero dentro de México | \$25 / visita |

**Cuidado de la diabetes**

|   |                              |
|---|------------------------------|
| – Equipo, dispositivos y suministros no para pruebas (Para los suministros para las pruebas, consulte "Cobertura de Medicamentos Recetados.") | 50% de los cargos permitidos |
| – Entrenamiento y educación para el autocontrol   | \$10 / visita                |

\* Esta matriz de beneficios también se aplica al Access Baja Dependent-Only Plan.

# Los copagos y cargos por los servicios que no están incluidos en el cálculo del copago máximo del miembro por año civil siguen siendo la responsabilidad del miembro después de que se alcanza el copago máximo por año civil. Consulte la *Evidencia de Cobertura*, el *Formulario de Revelación* y el Contrato de Servicio Médico Grupal para obtener las condiciones y términos exactos de la cobertura.

<sup>1</sup> Para servicios de emergencia se le debe avisar al médico personal dentro de 24 horas después de recibir el servicio, a no ser que no sea razonablemente posible hacerlo. Los servicios serán revisados retrospectivamente por el Plan, para determinar si esos servicios fueron por una condición médica por la cual un lego prudente hubiera creído que él o ella tenía una condición médica de emergencia. Por favor tome nota de que una remisión aprobada por Access Baja HMO y Blue Shield of California para recibir servicios médicos en California no constituye ni otorga autorización legal para que el miembro entre a los Estados Unidos. Las personas que carecen de la documentación necesaria en la frontera para poder buscar atención médica en Estados Unidos deberán solicitar la autorización del Departamento de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS).

<sup>2</sup> Los servicios de enfermería especializada tienen un límite de 100 días durante un año civil, excepto cuando se reciben por medio de un programa de servicios paliativos brindado por una agencia de servicios paliativos participante. Este máximo de 100 días sobre los servicios de enfermería especializada es un máximo combinado entre un SNF en una unidad de un hospital y un centro de enfermería especializada.

<sup>3</sup> Se insta a los miembros a que usen apropiadamente el sistema de respuesta de emergencia "911", en las áreas donde el sistema está establecido y funciona, cuando tengan una condición médica de emergencia que requiere la respuesta de emergencia.

<sup>4</sup> Se provee la cobertura de medicamentos que el médico personal determina son médicamente necesarios. Los medicamentos que se obtienen en farmacias no participantes no están cubiertos a menos que sean médicamente necesarios para una emergencia cubierta.

<sup>5</sup> Los beneficios de ortética excepto los servicios cubiertos bajo el cuidado de la diabetes tienen un límite de \$2,000 máximo por persona por año civil.

<sup>6</sup> Para una lista de las enfermedades mentales graves, incluso los trastornos emocionales serios de los niños, y otros detalles sobre los beneficios, consulte la *Evidencia de Cobertura* o el contrato del plan.

<sup>7</sup> Para visitas de salud a domicilio en México, los servicios serán brindados por una enfermera mexicana titulada contratada por la IPA.

<sup>8</sup> El copago no se cobra cuando el procedimiento se lleva a cabo conjuntamente con un parto o una cirugía abdominal.

<sup>9</sup> Este beneficio se puede ejercer sólo dentro de los Estados Unidos. El copago corresponde a los servicios del médico en el consultorio o en la consulta externa de una institución hospitalaria.

Los beneficios están sujetos a modificación por legislación estatal o federal promulgada posteriormente

