



## POS C-XV-500 Medical Plan

	HMO Tier I Benefits	Expanded Plan Provider Tier II Benefits	Non-Plan Provider Tier III Benefits
--	------------------------	--	--

Lifetime Maximum Benefit	Unlimited	\$2,000,000 of EME*	
Calendar Year Deductible (CYD)	Not applicable	\$500 per Member/\$1,500 per Family	
Annual Coinsurance Maximum (after CYD)	Not applicable	\$2,000 of EME per Member \$6,000 of EME per Family	\$4,000 of EME per Member \$12,000 of EME per Family

Covered Services	Member Pays	Member Pays	Member Pays
<b>Physician Services</b>			
Primary Care Physician Visit	\$15 per visit	\$30 per visit	After CYD, Member pays 40% of EME plus all charges in excess of EME
Specialist Visit	\$30 per visit	\$45 per visit	
<b>Hospital Services - Elective Procedures</b>			
Inpatient (including emergency post-stabilization care)	\$400 per admission	After CYD, Member pays 20% of EME	
Outpatient	\$50 per admission		
<b>Physician Surgical Services</b>			
Inpatient Hospital	\$100 per surgery	After CYD, Member pays 20% of EME	After CYD, Member pays 40% of EME plus all charges in excess of EME
Outpatient Facility	\$50 per surgery		
Physician's Office (in addition to office visit copayment)			
• Primary Care Physician	\$15 per visit		
• Specialist	\$30 per visit		
Anesthesia	\$150 per surgery		
<b>Emergency Services, Within the Service Area</b>			
Physician's Services	\$25 per visit	Emergency Services are covered under the HMO-Tier I benefit	Emergency Services are covered under the HMO-Tier I benefit
Emergency Room	\$50 per visit; waived if admitted		
Ground Ambulance	\$50 per trip		
Hospital Admission	\$400 per admission		
Urgent Care Facility	\$20 per visit		
<b>Emergency Services, Outside the Service Area</b>			
Physician's Services	\$50 per visit	Emergency Services are covered under the HMO-Tier I benefit	Emergency Services are covered under the HMO-Tier I benefit
Emergency Room	\$75 per visit; waived if admitted		
Ground Ambulance	\$50 per trip		
Hospital Admission	\$400 per admission		
Urgent Care Facility	\$40 per visit		
<b>Diagnostic Services</b>			
Routine Laboratory	\$15 per visit	\$15 per visit	After CYD, Member pays 40% of EME for lab and 30% of EME for x-ray and all charges in excess of EME
Routine X-ray	\$15 per visit	\$15 per visit	

\*EME (Eligible Medical Expenses) means the maximum amount the Plan will pay for a Covered Service in accordance with the Plan Reimbursement Schedule. The Tier II and Tier III Annual Coinsurance Maximums are separate and do not accumulate to one another. Member is responsible for all Tier III charges in excess of the Plan's benefit maximums and Tier III EME, which may be substantial and do not accrue toward the Annual Coinsurance Maximum. This Plan includes additional benefits, exclusions and limitations which are shown in the HPN Evidence of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, Form No. ScIImasBS2006HPN, and other applicable Riders and the Disclosure Summary. Copies of these documents are available upon request. Plan documents govern in resolving any benefit questions or payments.



## Plan Médico POS C-XV-500

### HMO Beneficios Nivel I

### Proveedor de servicios ampliados Beneficios Nivel II

### Proveedor no Perteneiente al Plan Beneficios Nivel III

**Beneficio Máximo por Tiempo de Vida  
Deducible del Año Calendario (CYD)  
Máximo de Coseguro Anual  
(después del CYD)**

**ilimitado  
No aplicable  
No aplicable**

**\$2,000,000 del EME\*  
\$500 por Miembro/\$1,500 por Familia  
\$2,000 del EME por Miembro \$4,000 del EME por Miembro  
\$6,000 del EME por Familia \$12,000 del EME por Familia**

Servicios cubiertos	El Miembro paga	El Miembro paga	El Miembro paga
<b>Servicios de Médico</b>			
Visita al Médico de Atención Primaria	\$15 por visita	\$30 por visita	Después del CYD, el Miembro paga el 40% del EME, más todos los cargos que excedan el EME
Visita a Especialista	\$30 por visita	\$45 por visita	
<b>Servicios Hospitalarios - Procedimientos Electivos</b>			
Con Internación	\$400 por admisión	Después del CYD, el Miembro paga el 20% del EME	
Ambulatorios	\$50 por admisión		
<b>Servicios Quirúrgicos efectuados por Médico</b>			
Hospital con Internación		Después del CYD, el Miembro paga el 20% del EME	Después del CYD, el Miembro paga el 40% del EME, más todos los cargos que excedan el EME
Centro Ambulatorio	\$100 por cirugía		
Consultorio Médico (además del copago de la visita en consultorio)	\$50 por cirugía		
• Médico de Atención Primaria	\$15 por visita		
• Especialista	\$30 por visita		
Anestesia	\$150 por cirugía		
<b>Servicios de Emergencia, dentro del Área de Servicio</b>			
Servicios prestados por el Médico	\$25 por visita	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio del Nivel I del HMO	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio del Nivel I del HMO
Sala de Emergencias	\$50 por visita; anulado si hay internación		
Ambulancia Terrestre	\$50 por viaje		
Admisión en Hospital	\$400 por admisión		
Centro de Cuidados Urgentes	\$20 por visita		
<b>Servicios de Emergencia, fuera del Área de Servicio</b>			
Servicios prestados por el Médico	\$50 por visita	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio del Nivel I del HMO	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio del Nivel I del HMO
Sala de Emergencias	\$75 por visita; anulado si hay internación		
Ambulancia Terrestre	\$50 por viaje		
Admisión en Hospital	\$400 por admisión		
Centro de Cuidados Urgentes	\$40 por visita		
<b>Servicios de Diagnóstico</b>			
Análisis de Laboratorio de Rutina	\$15 por visita	\$15 por visita	Después del CYD, el Miembro paga el 40% del EME para análisis de laboratorio y el 30% del EME para radiografías y todos los cargos que excedan el EME
Radiografías de Rutina	\$15 por visita	\$15 por visita	

\*EME (Eligible Medical Expense - Gasto Médico Elegible) significa el valor máximo que el Plan pagará por un Servicio Cubierto de acuerdo con la Lista de Reembolsos del Plan. El Miembro es responsable por todos los cargos del Nivel III que excedan el EME, que puedan ser sustanciales y que no estén incluidos en el máximo de coseguro anual. Este Plan incluye beneficios, exclusiones y limitaciones adicionales que figuran en la Evidencia de Cobertura, Lista de Beneficios Anexo A, Formulario No. ScllmasBS2006HPN y otras Cláusulas adicionales aplicables y el Resumen de Divulgación de HPN. Se encuentran disponibles copias de dichos documentos a pedido del interesado. Los documentos del plan regirán en la resolución de toda pregunta o pago.