



New Mexico Health Connections Individual and Family HMO Plans for 2020

This benefit grid contains plan highlights only and is subject to change. Specific terms of coverage are listed in the Summary of Benefits and Coverage and the Evidence of Coverage (Member Handbook), including plan limitations and exclusions.

	Care Connect Gold Plus HMO	Care Connect Gold Essential HMO	Care Connect Silver Plus HMO	Care Connect Silver HDHP HMO	Care Connect Bronze Plus HMO	Care Connect Bronze Essential HMO	Care Connect Bronze HDHP HMO	Care Connect Catastrophic HMO ⁷
Annual In-Network Deductible	\$500 individual \$1,000 family	\$2,000 individual \$4,000 family	\$4,000 individual \$8,000 family	\$5,000 individual \$10,000 family	\$8,150 individual \$16,300 family	\$8,150 individual \$16,300 family	\$6,900 individual \$13,800 family	\$8,150 individual \$16,300 family
Coinsurance after Deductible¹	30%	30%	40%	0%	0%	0%	0%	0%
Annual Out-of-Pocket Maximum²	\$8,150 individual \$16,300 family	\$8,150 individual \$16,300 family	\$8,150 individual \$16,300 family	\$5,000 individual \$10,000 family	\$8,150 individual \$16,300 family	\$8,150 individual \$16,300 family	\$6,900 individual \$13,800 family	\$8,150 individual \$16,300 family
Preventive Care Services³	No charge	No charge	No charge	No charge	No charge	No charge	No charge	No charge
Primary Care	\$25/visit	\$10/visit	\$30/visit	0% after deductible	\$90/visit	0% after deductible	0% after deductible	\$0 first 3 visits, then 0%
Specialist Care	\$50/visit	\$50/visit	\$80/visit	0% after deductible	\$100/visit	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Outpatient Behavioral Health Visits	No charge	No charge	No charge	0% after deductible	\$90/visit	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Urgent Care	\$50/visit	\$50/visit	\$80/visit	0% after deductible	\$100/visit	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Emergency Room Services	\$500/visit	\$500/visit	40% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
MRI/CT/PET	30% (deductible does not apply)	30% (deductible does not apply)	40% (deductible does not apply)	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
PT/OT/ST⁴	\$25/visit	\$10/visit	\$30/visit	0% after deductible	\$90/visit	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Outpatient Hospital	30% after deductible	30% after deductible	40% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Inpatient Hospital	30% after deductible	30% after deductible	40% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Lab and X-Ray Services	\$20 lab \$50 x-ray	\$10 lab \$50 x-ray	\$30 lab \$100 x-ray	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Preferred Generic Drugs⁵	No charge	No charge	No charge	0% after deductible	No charge	No charge	0% after deductible	0% after deductible
Generic Drugs⁵	\$10/Rx	\$25/Rx	\$25/Rx	0% after deductible	\$50/Rx	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Brand-Name Drugs	\$30/Rx	\$75/Rx	\$75/Rx	0% after deductible	\$80/Rx	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Non-Preferred Brand Drugs	\$150/Rx	\$150/Rx	40% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Preferred Specialty Drugs	40% after deductible	40% after deductible	40% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Non-Preferred Specialty Drugs	50% after deductible	50% after deductible	50% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	0% after deductible
Pediatric Vision⁶	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network	\$0 in-network; 50% coinsurance out of network

- All coinsurance percentages are after deductible unless specified otherwise.
- Annual Out-of-Pocket Maximum includes the Deductible, Copayments, Coinsurance, and prescription drug costs.
- Cost-share may apply for services received during visits that are not related to Preventive Care, such as Primary Care, Specialist Care, or Emergency Room Services.
- PT/OT/ST are therapy services. PT = Physical Therapy, OT = Occupational Therapy, ST = Speech Therapy.
- NMHC offers medications at a \$0 copay for many chronic conditions on most plans (excluded Individual plans are Care Connect HDHP Silver, Care Connect HDHP Bronze, and Care Connect Catastrophic). The \$0 copay applies to certain generic medications received from a participating pharmacy for the following chronic conditions: asthma, bipolar disorder, chronic obstructive pulmonary disorder (COPD), congestive heart failure (CHF), coronary artery disease, depression, diabetes, hypercholesterolemia (high cholesterol), hypertension (high blood pressure), and for oral chemotherapy medications. Please refer to the NMHC Formulary Reference Guide (Drug List) at www.mynmhc.org/Formulary.aspx for a complete listing of \$0 copayment medications for NMHC members.
- The Pediatric Vision benefit is underwritten and administered by VSP. Please refer to the VSP Pediatric Vision summary of benefits and the Plan's Summary of Benefits for specific terms of coverage.
- Only for individuals under the age of thirty (30) years, or a person age thirty (30) or older holding a Certificate of Exemption.

All plans have an embedded deductible and out-of-pocket maximum.

These plans do not include pediatric dental services as required under the federal Patient Protection and Affordable Care Act. This coverage is available in the insurance market and can be purchased as a stand-alone product. Please contact your insurance carrier, agent, or the New Mexico Health Insurance Exchange (www.nmhix.com) if you wish to purchase pediatric dental coverage or a stand-alone dental insurance product.

Esta tabla de beneficios solo contiene lo más destacado del plan y está sujeto a cambios. Los términos específicos de cobertura se enumeran en el Resumen de Beneficios y Cobertura y la Evidencia de Cobertura (guía de los asegurados), incluso las limitaciones y exclusiones del plan.

	Care Connect Gold Plus HMO	Care Connect Gold Essential HMO	Care Connect Silver Plus HMO	Care Connect Silver HDHP HMO	Care Connect Bronze Plus HMO	Care Connect Bronze Essential HMO	Care Connect Bronze HDHP HMO	Care Connect Catastrophic HMO ⁷
Deducible anual dentro de la red	\$500 individual \$1,000 familia	\$2,000 individual \$4,000 familia	\$4,000 individual \$8,000 familia	\$5,000 individual \$10,000 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia	\$6,900 individual \$13,800 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia
Coseguro una vez que se haya pagado el deducible¹	30%	30%	40%	0%	0%	50%	0%	0%
Cantidad máxima anual de gastos del bolsillo²	\$8,150 individual \$16,300 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia	\$5,000 individual \$10,000 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia	\$6,900 individual \$13,800 familia	\$8,150 individual \$16,300 familia
Servicios médicos preventivos³	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada
Atención médica primaria	\$25/consulta	\$10/consulta	\$30/consulta	0% después del deducible	\$90/consulta	0% después del deducible	0% después del deducible	\$0 por las primeras 3 consultas, luego 0%
Atención médica de especialista	\$50/consulta	\$50/consulta	\$80/consulta	0% después del deducible	\$100/consulta	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Consultas de salud de comportamiento para pacientes ambulatorios	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	0% después del deducible	\$90/consulta	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Atención médica urgente	\$50/consulta	\$50/consulta	\$80/consulta	0% después del deducible	\$100/consulta	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios en la sala de emergencias	\$500/visita	\$500/visita	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Ecografías MRI, CT/PET	30% (no aplica el deducible)	30% (no aplica el deducible)	40% (no aplica el deducible)	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Terapias PT/OT/ST⁴	\$25/consulta	\$10/consulta	\$30/consulta	0% después del deducible	\$90/consulta	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Hospital para pacientes ambulatorios	30% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Hospital para pacientes internados	30% después del deducible	30% después del deducible	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios de laboratorio y radiografías	\$20 laboratorio \$50 radiografía	\$10 laboratorio \$50 radiografía	\$30 laboratorio \$100 radiografía	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos genéricos que se favorecen⁵	No se le cobra nada	No se le cobra nada	No se le cobra nada	0% después del deducible	No se le cobra nada	No se le cobra nada	0% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos genéricos⁵	\$10/Rx	\$25/Rx	\$25/Rx	0% después del deducible	\$50/Rx	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos de marca	\$30/Rx	\$75/Rx	\$75/Rx	0% después del deducible	\$80/Rx	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos de marca que no se favorecen	\$150/Rx	\$150/Rx	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos especializados que se favorecen	40% después del deducible	40% después del deducible	40% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos especializados que no se favorecen	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible
Servicios pediátricos de la vista⁶	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red	\$0 en la red; coseguro del 50% fuera de la red

1. Todos los porcentajes de coseguro son después de que se haya pagado el deducible, a menos que se especifique lo contrario.

2. La cantidad máxima anual de gastos del bolsillo incluye el deducible, los copagos, el coseguro y los costos de los medicamentos con receta.

3. Se aplican los costos compartidos por los servicios que se reciban durante las consultas si no corresponden a la atención médica preventiva; por ejemplo, la atención médica primaria, la atención médica de especialista o los servicios de la sala de emergencias.

4. PT/OT/ST son servicios de terapia. PT = Terapia física, OT = Terapia ocupacional, ST = Terapia del habla.

5. NMHC ofrece medicamentos con un copago de \$0 por muchos problemas médicos crónicos conforme a la mayoría de los planes (los planes individuales que se excluyen son Care Connect HDHP Silver, Care Connect HDHP Bronze y Care Connect Catastrophic). El copago de \$0 se aplica a ciertos medicamentos genéricos, con tal que se surtan en farmacias que formen parte de la red, para los siguientes problemas médicos crónicos: asma, trastorno bipolar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [COPD por sus siglas en inglés], insuficiencia cardíaca congestiva [CHF por sus siglas en inglés], enfermedad de las arterias coronarias, depresión, diabetes, hipercolesterolemia (el colesterol alto), hipertensión (la presión arterial alta); y para medicamentos orales de quimioterapia. Favor de consultar la Guía de Referencia de la Lista de Medicamentos que cubre NMHC [Formulary] en www.mynmhc.org/Formulary.aspx para ver una lista completa de los medicamentos con un copago de \$0 para los asegurados de NMHC.

6. El beneficio de seguro pediátrico de la vista lo cubre y administra la compañía VSP. Favor de consultar el resumen de beneficios del seguro pediátrico de la vista [Pediatric Vision] de VSP y el resumen de beneficios del plan para los términos específicos de la cobertura.

7. Solo para las personas menores de treinta (30) años de edad, o las personas de treinta (30) años de edad en adelante que tengan un Certificado de Exención.

Todos los planes tienen una cantidad máxima de gastos del bolsillo y un deducible incorporado.

Estos planes no incluyen los servicios dentales pediátricos que se exigen conforme a la Ley Federal de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección de Pacientes [Patient Protection and Affordable Care Act]. Dicha cobertura está a su disposición en el mercado de seguros en línea y se puede comprar como producto independiente. Favor de comunicarse con su agente o compañía de seguros o con el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México [New Mexico Health Insurance Exchange] (www.nmhix.com) si desea comprar la cobertura de un seguro dental pediátrico o un producto independiente de seguro dental.