

Customized EPO Blue Sharing \$200 \$25/\$50 w/Rx

On the chart below, you'll see what your plan pays for specific services. You are responsible for paying for non-emergency services received from an out-of-network provider. You may be responsible for a facility fee, clinic charge or similar fee or charge (in addition to any professional fees) if your office visit or service is provided at a location that qualifies as a hospital department or a satellite building of a hospital.

Benefit	Coverage
General Provisions	
Effective Date	04/01/2024
Benefit Period (1)	Contract Year
Deductible (per benefit period)	
Individual	\$200
Family	\$400
Plan Pays – payment based on the plan allowance	100% after deductible
Out-of-Pocket Limit (Once met, plan pays 100% coinsurance for the rest of the benefit period)	
Individual	None
Family	None
Total Maximum Out-of-Pocket (Includes deductible, coinsurance, copayments, prescription drug cost sharing and other qualified medical expenses, Network only) (2) Once met, the plan pays 100% of covered services for the rest of the benefit period.	
Individual	\$7,150
Family	\$14,300
Office/Clinic/Urgent Care Visits	
Retail Clinic Visits & Virtual Visits	100% after \$25 copayment
Primary Care Provider (PCP) Office Visits & Virtual Visits	100% after \$25 copayment
Specialist Office Visits & Virtual Visits	100% after \$50 copayment
Virtual Visit Provider Originating Site Fee	100% after deductible
Urgent Care Center Visits	100% after \$25 copayment - copayment does not apply to Urgent Care Center Visits prescribed for the treatment of Mental Health or Substance Abuse.
Telemedicine Services (3)	100% after \$10 copayment
Preventive Care (4)	
Routine Adult	
Physical exams	100% (deductible does not apply)
Adult immunizations	100% (deductible does not apply)
Routine gynecological exams, including a Pap Test	100% (deductible does not apply)
Breast Cancer Screenings (annual routine and supplemental)	100% (deductible does not apply)
BRCA-Related Genetic Counseling and Genetic Testing	100% (deductible does not apply)
Diagnostic services and procedures	100% (deductible does not apply)
Routine Pediatric	
Physical exams	100% (deductible does not apply)
Pediatric immunizations	100% (deductible does not apply)
Diagnostic services and procedures	100% (deductible does not apply)
Emergency Services	
Emergency Room Services (5)	100% after \$200 copayment (waived if admitted)
Ambulance – Emergency	100% (deductible does not apply)
Ambulance – Non-Emergency (6)	100% after deductible
Hospital and Medical/Surgical Expenses (including Maternity) (5)	
Hospital Inpatient	100% after deductible
Outpatient Surgery	100% after deductible
Maternity (non-preventive professional services) including dependent daughter	100% after deductible
Medical Care (including inpatient visits and consultations)	100% after deductible
Therapy and Rehabilitation Services	
Physical Medicine	100% after \$50 copayment Benefit Limit: 20 visits/benefit period - Limit does not apply when Therapy Services are prescribed for the treatment of Mental Health or Substance Abuse

Benefit	Coverage
Speech Therapy	100% after \$50 copayment Benefit Limit: 12 visits/benefit period - Limit does not apply when Therapy Services are prescribed for the treatment of Mental Health or Substance Abuse
Occupational Therapy	100% after \$50 copayment Benefit Limit: 12 visits/benefit period - Limit does not apply when Therapy Services are prescribed for the treatment of Mental Health or Substance Abuse
Respiratory Therapy	100% after deductible
Spinal Manipulations	100% after \$50 copayment Benefit Limit: 12 visits/benefit period
Other Therapy Services (Cardiac Rehab, Infusion Therapy, Chemotherapy, Radiation Therapy and Dialysis)	100% after deductible
Mental Health/Substance Abuse	
Inpatient Mental Health Services	100% after deductible
Inpatient Detoxification/Rehabilitation	100% after deductible
Outpatient Mental Health Services - Includes Virtual Behavioral Health Visits	100% after \$25 copayment
Outpatient Substance Abuse	100% after \$25 copayment
Other Services	
Allergy Extracts and Injections	100% after deductible
Autism Spectrum Disorder Applied Behavior Analysis (7)	100% after deductible
Assisted Fertilization Procedures Limited to Artificial Insemination - 3 attempts per lifetime	100% after deductible
Dental Services Related to Accidental Injury	100% after deductible
Diagnostic Services Advanced Imaging (MRI, CAT, PET scan, etc.)	Copayments, if any, do not apply to Diagnostic Services prescribed for the treatment of Mental Health or Substance Abuse 100% after deductible
Basic Diagnostic Services (standard imaging, diagnostic medical, lab/pathology, allergy testing)	100% after deductible
Mammograms (medically necessary)	100% (deductible does not apply)
Durable Medical Equipment, Orthotics and Prosthetics	100% after deductible
Home Health Care	100% after deductible Benefit Limit: Unlimited
Hospice	100% after deductible
Infertility Counseling, Testing and Treatment (8)	100% after deductible
Private Duty Nursing	Not Covered Benefit Limit: Not Applicable
Skilled Nursing Facility Care	100% after deductible Benefit Limit: 60 days/benefit period
Transplant Services	100% after deductible
Precertification/Authorization Requirements (9)	YES
Prescription Drugs	
Prescription Drug Deductible Individual Family	None None
Prescription Drug Program (10) SensibleRx Choice <i>Defined by the National Pharmacy Network - Not Physician Network. Prescriptions filled at a non-network pharmacy are not covered.</i> <i>Your plan uses the Comprehensive Formulary with Incentive Benefit Design.</i> Select Specialty Drugs are Limited to a 31-day Supply	Retail Drugs (34-day Supply) Generic Drugs: \$10 copayment Formulary Brand Drugs: \$25 copayment Non-Formulary Brand Drugs: \$50 copayment Specialty Drugs (Limited to a 31-day Supply) Specialty \$150 copayment Maintenance Drugs through Mail Order (90-day Supply) Generic Drugs: \$20 copayment Formulary Brand Drugs: \$50 copayment Non-Formulary Brand Drugs: \$100 copayment

This is not a contract. This benefits summary presents plan highlights only. Please refer to the policy / plan documents, as limitations and exclusions apply. The policy / plan documents control in the event of a conflict with this benefit summary.

- 1) Your group's benefit period is based on a Contract Year. Contact your employer to determine the effective date applicable to your program.
- 2) The Network Total Maximum Out-of-Pocket (TMOOP) is mandated by the federal government, TMOOP must include deductible, coinsurance, copayments, prescription drug cost share and any qualified medical expense.
- 3) Telemedicine Services (acute care for minor illnesses available on-demand 24/7) must be performed by a Highmark Designated Telemedicine Provider. Additional services provided by a Designated Telemedicine Provider are paid according to the benefit category that they fall under (e.g., PCP is eligible under the PCP Office Visit benefit, Behavioral Health is eligible under the Outpatient Mental Health Services benefit).
- 4) Services are limited to those listed on the Highmark Preventive Schedule (Women's Health Preventive Schedule may apply).
- 5) Benefits for Emergency Care Services rendered by an Out-of-Network Provider will be paid at the Network services level. Benefits for Hospital Services or Medical Care Services rendered by an Out-of-Network Provider to a member requiring an inpatient admission or observation immediately following receipt of Emergency Care Services will be paid at the Network services level. The member will not be responsible for any amounts billed by the Out-of-Network Provider that are in excess of the plan allowance for such services.
- 6) Air Ambulance services rendered by out-of-network providers will be covered at the highest network level of benefits.
- 7) Diagnostic assessment to diagnose Autism Spectrum Disorders may be performed by a licensed physician, licensed physician assistant, licensed psychologist or certified registered nurse practitioner. Diagnostic assessments performed by a licensed physician, licensed physician assistant or certified registered nurse practitioner will be covered as specified in the Office Visit benefit category. Diagnostic assessments performed by a licensed psychologist will be covered as specified in the Mental Health Care Services - Outpatient benefit category. Applied Behavioral Analysis for the treatment of Autism Spectrum Disorders will be covered as specified above. All other Covered Services for the treatment of Autism Spectrum Disorders will be covered according to the benefit category (e.g., speech therapy, diagnostic services). Services for the treatment of Autism Spectrum Disorders do not reduce visit/day limits.
- 8) Treatment includes coverage for the correction of a physical or medical problem associated with infertility. Infertility drug therapy may or may not be covered depending on your group's prescription drug program
- 9) If you receive services from an out-of-area provider, you must contact Highmark Utilization Management prior to a planned inpatient admission, prior to receiving certain outpatient services or within 48 hours of an emergency or unplanned inpatient admission to obtain any required precertification. If precertification is not obtained and it is later determined that all or part of the services received were not medically necessary or appropriate, you will be responsible for the payment of any costs not covered by your health plan.
- 10) The Highmark formulary is an extensive list of Food and Drug Administration (FDA) approved prescription drugs selected for their quality, safety, and effectiveness. The formulary was developed by Highmark Pharmacy Services and approved by the Highmark Pharmacy and Therapeutics Committee made up of clinical pharmacists and physicians. All plan formularies include products in every major therapeutic category. Plan formularies vary by the number of different drugs they cover and in the cost-sharing requirements. Your program includes coverage for both formulary and non-formulary drugs at the copayment or coinsurance amounts listed above. Under SensibleRx Choice, when you purchase a brand drug that has a generic equivalent, you will be responsible for the brand drug copayment plus the difference in cost between the brand and generic drugs, unless your doctor requests that the brand drug be dispensed. Your plan requires that you use a specific specialty pharmacy for hemophilia medications. Please contact member services for more details. Your plan offers the Free Market Health program for select specialty medications. You will be contacted by one of the specialty network pharmacies who will provide quality service, care, and coordination of your specialty prescription fill and delivery. No enrollment necessary.

Benefits and/or benefit administration may be provided by or through the following entities, which are independent licensees of the Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc. d/b/a Highmark Blue Cross Blue Shield, First Priority Health, or First Priority Life.

EPO Blue Sharing personalizado \$200 \$25/\$50 con receta

En la siguiente tabla, verá lo que su plan paga por servicios específicos. Usted es responsable de pagar los servicios que no sean de emergencia recibidos de un proveedor fuera de la red. Usted puede ser responsable de una tarifa de instalación, cargo de clínica o tarifa o cargo similar (además de los honorarios profesionales) si su visita al consultorio o servicio se brinda en un lugar que califica como un departamento hospitalario o un edificio satélite de un hospital.

Beneficio	Cobertura
Disposiciones generales	
Fecha de entrada en vigor	04/01/2024
Período de beneficios (1)	Año del contrato
Deducible (por período de beneficios)	
Individual	\$200
Familia	\$400
El plan paga: pago basado en la asignación del plan	100% después del deducible
Límite de gastos de bolsillo (una vez alcanzado, el plan paga el 100% del coseguro por el resto del período de beneficios)	
Individual	Ninguno
Familia	Ninguno
Desembolso máximo total (incluye deducible, coseguro, copagos, costos compartidos de medicamentos recetados y otros gastos médicos calificados, solo de la red) (2) Una vez alcanzado, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del período de beneficios.	
Individual	\$7,150
Familia	\$14,300
Visitas al consultorio/clínica/atención de urgencia	
Visitas a clínicas minoristas y visitas virtuales	100% después de un copago de \$25
Visitas al consultorio y visitas virtuales del proveedor de atención primaria (PCP)	100% después de un copago de \$25
Visitas al consultorio de especialistas y visitas virtuales	100% después de un copago de \$50
Tarifa del sitio de origen del proveedor de visitas virtuales	100% después del deducible
Visitas a centros de atención de urgencia	100% después de un copago de \$25; el copago no se aplica a las visitas al centro de atención de urgencia prescritas para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias.
Servicios de Telemedicina (3)	100% después de un copago de \$10
Cuidados Preventivos (4)	
Rutina Adulto	
Exámenes físicos	100% (no aplica deducible)
Inmunizaciones para adultos	100% (no aplica deducible)
Exámenes ginecológicos de rutina, incluida una prueba de Papanicolaou	100% (no aplica deducible)
Exámenes de detección de cáncer de mama (anuales de rutina y complementarios)	100% (no aplica deducible)
Asesoramiento genético y pruebas genéticas relacionadas con el BRCA	100% (no aplica deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no aplica deducible)
Pediátrico de rutina	
Exámenes físicos	100% (no aplica deducible)
Inmunizaciones pediátricas	100% (no aplica deducible)
Servicios y procedimientos de diagnóstico	100% (no aplica deducible)
Servicios de Emergencia	
Servicios de Urgencias (5)	100% después de un copago de \$200 (no se aplica si se admite)
Ambulancia – Emergencia	100% (no aplica deducible)
Ambulancia – No Emergencia (6)	100% después del deducible
Gastos hospitalarios y médicos/quirúrgicos (incluida la maternidad) (5)	
Pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Cirugía ambulatoria	100% después del deducible
Maternidad (servicios profesionales no preventivos) incluyendo a la hija dependiente	100% después del deducible
Atención médica (incluidas visitas y consultas de pacientes hospitalizados)	100% después del deducible

Beneficio	Cobertura
Servicios de Terapia y Rehabilitación	
Medicina Física	100% después de un copago de \$50 Límite de beneficios: 20 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando los Servicios de Terapia se prescriben para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias
Terapia de lenguaje	100% después de un copago de \$50 Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando los Servicios de Terapia se prescriben para el tratamiento de Salud Mental o Abuso de Sustancias
Terapia ocupacional	100% después de un copago de \$50 Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios - El límite no se aplica cuando los Servicios de Terapia se prescriben para el tratamiento de Salud Mental o Abuso de Sustancias
Terapia respiratoria	100% después del deducible
Manipulaciones de la columna vertebral	100% después de un copago de \$50 Límite de beneficios: 12 visitas/período de beneficios
Otros servicios de terapia (rehabilitación cardíaca, terapia de infusión, quimioterapia, radioterapia y diálisis)	100% después del deducible
Salud Mental/Abuso de Sustancias	
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Desintoxicación/Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	100% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: incluye visitas virtuales de salud conductual	100% después de un copago de \$25
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	100% después de un copago de \$25
Otros servicios	
Extractos e inyecciones para alergias	100% después del deducible
Análisis Conductual Aplicado del Trastorno del Espectro Autista (7)	100% después del deducible
Procedimientos de Fertilización Asistida Limitado a la inseminación artificial: 3 intentos de por vida	100% después del deducible
Servicios dentales relacionados con lesiones accidentales	100% después del deducible
Servicios de diagnóstico Imágenes avanzadas (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, etc.)	Los copagos, si los hubiera, no se aplican a los Servicios de Diagnóstico prescritos para el tratamiento de la salud mental o el abuso de sustancias 100% después del deducible
Servicios básicos de diagnóstico (diagnóstico por imágenes estándar, diagnóstico médico, laboratorio/patología, pruebas de alergia)	100% después del deducible
Mamografías (medicamento necesarias)	100% (no aplica deducible)
Equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos y prótesis	100% después del deducible
Cuidado de la salud en el hogar	100% después del deducible Límite de beneficios: Ilimitado
Hospicio	100% después del deducible
Consejería, pruebas y tratamiento de la infertilidad (8)	100% después del deducible
Enfermería Privada	No cubierto Límite de beneficios: No aplicable
Atención en un centro de enfermería especializada	100% después del deducible Límite de beneficios: 60 días/período de beneficios
Servicios de trasplante	100% después del deducible
Requisitos de precertificación/autorización (9)	Sí

Beneficio	Cobertura
Medicamentos recetados	
Deducible de medicamentos recetados Individual Familia	Ninguno Ninguno
Programa de Medicamentos Recetados ⁽¹⁰⁾ Elección de SensibleRx <i>Definido por la Red Nacional de Farmacias, no por la Red de Médicos. Las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red no están cubiertas.</i> <i>Su plan utiliza el Formulario Integral con Diseño de Incentivo y Beneficios.</i> Algunos medicamentos especializados están limitados a un suministro de 31 días	Venta al por menor de medicamentos (suministro para 34 días) Medicamentos genéricos: copago de \$10 Medicamentos de marca del formulario: copago de \$25 Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: copago de \$50 Medicamentos especializados (limitados a un suministro de 31 días) Especialidad con un copago de \$150 Medicamentos de mantenimiento a través de pedidos por correo (suministro para 90 días) Medicamentos genéricos: copago de \$20 Medicamentos de marca del formulario: copago de \$50 Medicamentos de marca no incluidos en el formulario: copago de \$100

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios presenta solo los aspectos más destacados del plan. Consulte los documentos de la póliza / plan, ya que se aplican limitaciones y exclusiones. Los documentos de la póliza / plan controlan en caso de conflicto con este resumen de beneficios.

- 1) El período de beneficios de su grupo se basa en un año de contrato. Comuníquese con su empleador para determinar la fecha de vigencia aplicable a su programa.
- 2) El desembolso máximo total de la red (TMOOP, por sus siglas en inglés) es obligatorio por el gobierno federal, el TMOOP debe incluir el deducible, el coseguro, los copagos, el costo compartido de los medicamentos recetados y cualquier gasto médico calificado.
- 3) Los servicios de telemedicina (atención aguda para enfermedades menores disponibles a pedido las 24 horas del día, los 7 días de la semana) deben ser realizados por un proveedor de telemedicina designado por Highmark. Los servicios adicionales prestados por un proveedor de telemedicina designado se pagan de acuerdo con la categoría de beneficios en la que se encuentran (p. ej., el PCP es elegible bajo el beneficio de visita al consultorio del PCP, la salud conductual es elegible bajo el beneficio de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios).
- 4) Los servicios se limitan a los que figuran en el Programa Preventivo de Highmark (puede aplicarse el Programa Preventivo de Salud de la Mujer).
- 5) Los beneficios de los servicios de atención de emergencia prestados por un proveedor fuera de la red se pagarán a nivel de servicios de la red. Los beneficios por servicios hospitalarios o servicios de atención médica prestados por un proveedor fuera de la red a un miembro que requiera una hospitalización u observación inmediatamente después de recibir los servicios de atención de emergencia se pagarán a nivel de servicios de la red. El miembro no será responsable de ningún monto facturado por el proveedor fuera de la red que exceda la asignación del plan para dichos servicios.
- 6) Los servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores fuera de la red estarán cubiertos en el nivel más alto de beneficios de la red.
- 7) La evaluación diagnóstica para diagnosticar los trastornos del espectro autista puede ser realizada por un médico con licencia, un asistente médico con licencia, un psicólogo con licencia o una enfermera practicante registrada certificada. Las evaluaciones diagnósticas realizadas por un médico con licencia, un asistente médico con licencia o una enfermera practicante registrada certificada estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios de visita al consultorio. Las evaluaciones diagnósticas realizadas por un psicólogo con licencia estarán cubiertas como se especifica en la categoría de beneficios para pacientes ambulatorios de Servicios de atención de salud mental. El Análisis Conductual Aplicado para el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista se cubrirá como se especificó anteriormente. Todos los demás Servicios cubiertos para el tratamiento de los trastornos del espectro autista estarán cubiertos de acuerdo con la categoría de beneficios (por ejemplo, terapia del habla, servicios de diagnóstico). Los servicios para el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista no reducen los límites de visitas/día.
- 8) El tratamiento incluye cobertura para la corrección de un problema físico o médico asociado con la infertilidad. La terapia con medicamentos para la infertilidad puede o no estar cubierta según el programa de medicamentos recetados de su grupo.
- 9) Si recibe servicios de un proveedor fuera del área, debe comunicarse con Highmark Utilization Management antes de una admisión planificada para pacientes hospitalizados, antes de recibir ciertos servicios ambulatorios o dentro de las 48 horas posteriores a una admisión de emergencia o hospitalización no planificada para obtener cualquier certificación previa requerida. Si no se obtiene la precertificación y posteriormente se determina que la totalidad o parte de los servicios recibidos no eran médicamente necesarios o apropiados, usted será responsable del pago de cualquier costo no cubierto por su plan de salud.
- 10) El formulario Highmark es una extensa lista de medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) seleccionados por su calidad, seguridad y eficacia. El formulario fue desarrollado por Highmark Pharmacy Services y aprobado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Highmark, compuesto por farmacéuticos clínicos y médicos. Todos los formularios de los planes incluyen productos en todas las categorías terapéuticas principales. Los formularios de los planes varían según la cantidad de medicamentos diferentes que cubren y los requisitos de costos compartidos. Su programa incluye cobertura para medicamentos del formulario y no incluidos en el formulario en El

copago o los montos de coseguro enumerados anteriormente. Con SensibleRx Choice, cuando compra un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted será responsable del copago del medicamento de marca más la diferencia en el costo entre los medicamentos de marca y los genéricos, a menos que su médico solicite que se dispense el medicamento de marca. Su plan requiere que use una farmacia especializada específica para los medicamentos para la hemofilia. Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente para obtener más detalles. Su plan ofrece el programa Free Market Health para ciertos medicamentos especializados. Una de las farmacias especializadas de la red se comunicará con usted y le brindará un servicio, atención y coordinación de calidad para surtir y entregar sus recetas especializadas. No es necesario inscribirse.

Los beneficios y/o la administración de beneficios pueden ser proporcionados por o a través de las siguientes entidades, que son licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc. d/b/a Highmark Blue Cross Blue Shield, First Priority Health o First Priority Life.