

# Health Plan of Nevada, Inc.



## Distinct Advantage

### HMO Option 3

	Tier I Benefits	Tier II Benefits	Tier III Benefits
Lifetime Maximum Benefit	Unlimited	\$1,000,000	
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 - Office Visit/Consultation</b>			
Primary Care Provider	\$15 per visit	\$30 per visit	After CYD, Member pays 40% of EME plus all charges in excess of EME
Specialist	\$30 per visit	\$45 per visit	
<b>Hospital Services - Elective Procedures</b>			
Inpatient (including emergency post-stabilization care)	\$150 per day, not to exceed \$400 per admission	After CYD, Member pays 20% of EME	
Outpatient	\$75 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	\$75 per surgery		
Physician's Office			
Primary Care Provider	\$15 per visit		
Specialist	\$30 per visit		
Anesthesia	\$100 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	\$75 per visit		
Ground Ambulance (when medically necessary)	\$150 per trip		
Hospital Admission	\$150 per day, not to exceed \$400 per admission		
Urgent Care Facility			
Southwest Medical Associates	\$45 per visit		
Other Plan Provider	\$50 per visit		
Non-Plan Provider	\$60 per visit		
<b>Emergency Services - Outside the Service Area</b>			
Physician's Services	\$75 per visit	Emergency Services are covered under the HMO-Tier I benefit	Emergency Services are covered under the HMO-Tier I benefit
Emergency Room	\$150 per visit		
Ground Ambulance (when medically necessary)	\$150 per trip		
Hospital Admission	\$150 per day, not to exceed \$400 per admission		
Urgent Care Facility	\$60 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	
Vision Exam (One per Member during each 12 consecutive month period)	\$10 per visit	Not covered	Not covered

This plan includes a 12-month waiting period for maternity coverage.

\*EME (Eligible Medical Expenses) means the maximum amount the Plan will pay for a Covered Service in accordance with the Plan Reimbursement Schedule. Member is responsible for all Tier III charges in excess of EME which may be substantial and do not accrue toward annual coinsurance maximum. This Plan includes additional benefits, exclusions and limitations which are shown in the HPN Agreement of Coverage, Attachment A Benefit Schedule, Form No. HPN-IndDAP3-BS-2005, any 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.

# Health Plan of Nevada, Inc.



## Distinct Advantage Opción HMO 3

	Beneficios Nivel I	Beneficios Nivel II	Beneficios Nivel III
Máximo de Beneficio Por Vida	ilimitado	\$1,000,000	
Deducible por año calendario (CYD)	No es aplicable	\$500 por Miembro/\$1,500 por Familia	
Copago Máximo Anual	No es aplicable	\$2,000 of EME* por Miembro \$6,000 of EME por Familia	\$4,000 of EME por Miembro \$12,000 of EME por Familia
Servicios Cubiertos	El Miembro paga	El Miembro paga	El Miembro paga
<b>Servicios Médicos - Visita/Consulta</b>			
Proveedor de Atención Primaria	\$15 por visita	\$30 por visita	Después del CYD, el Miembro paga el 40% del EME, más todos los cargos que sobrepasen al EME
Especialista	\$30 por visita	\$45 por visita	
<b>Servicios Hospitalarios - Procedimientos Electivos</b>			
Con Internación	\$150 por día sin superar	Después del CYD, el Miembro paga el 20% del EME.	
(incluyendo atención de pos-estabilización de emergencia)	\$400 por admisión		
Ambulatorios	\$75 por admisión		
<b>Servicios Médicos Quirúrgicos</b>			
Hospital con Internación	\$100 por cirugía	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 sobrepasen al EME
Centro Ambulatorio	\$75 por cirugía		
Consultorio Médico			
Proveedor de Atención Primaria	\$15 por visita		
Especialista	\$30 por visita		
Anestesia	\$100 por cirugía		
<b>Servicios de Emergencia - dentro del Área de Servicio</b>			
Servicios Médicos	\$25 por visita	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio HMO-Nivel I	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio HMO-Nivel I
Sala de Emergencias	\$75 por visita		
Ambulancia Terrestre (medicamento necesario)	\$150 por viaje		
Admisión en Hospital	\$150 por día sin superar \$400 por admisión		
Instalación de Atención Urgente			
Southwest Medical Associates	\$45 por visita		
Otro Proveedor del Plan	\$50 por visita		
Proveedor no Perteneciente al Plan	\$60 por visita		
<b>Servicios de Emergencia - fuera del Área de Servicio</b>			
Servicios Médicos	\$75 por visita	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio HMO-Nivel I	Los Servicios de Emergencia están cubiertos bajo el beneficio HMO-Nivel I
Sala de Emergencias	\$150 por visita		
Ambulancia Terrestre (medicamento necesario)	\$150 por viaje		
Admisión en Hospital	\$150 por día sin superar \$400 por admisión		
Instalación de Atención Urgente	\$60 por visita		
<b>Servicios de Diagnóstico</b>			
Análisis de Laboratorio de Rutina	\$15 por visita	\$15 por visita	Después del CYD, el Miembro paga 40% del EME por exámenes de laboratorio y 30% of EME por rayos X y por todos los cargos que sobrepasen el EME
Radiografías de Rutina	\$15 por visita	\$15 por visita	
<b>Examen de la Vista</b>	\$10 por visita	No está cubierto	No está cubierto
(Uno por Miembro durante cada período de 12 meses consecutivos)			

Este plan incluye un periodo de espera de 12 meses para la cobertura de maternidad.

\*EME (Gasto Médico Elegible) significa el monto máximo que el Plan pagará por un Servicio Cubierto de acuerdo con la Lista de Reembolsos del Plan. El Miembro es el responsable de todos los cargos del Nivel III que sobrepasen el EME, lo que puede ser significativo y no se acumulan al máximo de coaseguro anual. Este plan incluye beneficios adicionales, exclusiones y limitaciones contenidas en el Convenio de Cobertura de HPN, Lista de Beneficios Anexo A, Formulario No. HPN-IndDAP3-BS-2005 y otras cláusulas adicionales y el resumen de Divulgación de Información correspondientes. Se pueden solicitar copias de estos documentos. Los documentos del plan serán los que rijan cuando se trate de resolver cualquier pregunta sobre beneficios o pagos.