

## Commonwealth Care Member Copay Information

This document contains the benefits and copays for Commonwealth Care. All health plans in Commonwealth Care offer the same health benefits and copays.

**Benefits:** Health services you get from your health plan when you are in Commonwealth Care.

**Copay:** What you pay each time you get a service.

**Maximum out-of-pocket copays:** The most you will have to pay for certain services in a year.

**Plan Type:** The specific benefits you are eligible for based on your income. Copays and premiums will vary by Plan Type and are determined by the state.

**Note:** You may need prior approval from your health plan for some health services.

PLAN TYPE	I	II	III	PLAN TYPE	I	II	III
<b>Outpatient Care Copays</b>				<b>Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Care</b>			
Office visit to your PCP	\$0	\$10	\$15	Outpatient or office visit	\$0	\$10	\$15
Office visit to a specialist	\$0	\$18	\$22	Impatient care (copay is per stay)	\$0	\$50	\$250
Radiology, x-rays, lab work	\$0	\$0	\$0	<b>Vision</b>			
Outpatient surgery at a hospital or ambulatory surgery center	\$0	\$50	\$125	Eye exam every 24 months	\$0	\$10	\$20
Abortion	\$0	\$50	\$100	Free glasses, every 24 months	\$0	\$0	\$0
<b>Inpatient Care</b>				<b>Diabetes Care</b>			
Hospital stay include surgery, x-rays, lab services and room and board (copay is per stay)	\$0	\$50	\$250	Routine foot care	\$0	\$5	\$10
<b>Emergency Care</b>				Visit to specialist (may include orthotics)	\$0	10\$	\$20
Emergency room visit (no copay if you are admitted into the hospital)	\$0	\$50	\$100	<b>Rehabilitation Services</b>			
<b>Prescription Drugs</b>				Extended inpatient care (100 total days of calendar year)			
30 day supply from a pharmacy				In a skilled nursing facility	\$0	\$0	\$0
Most generic drugs	\$1	\$10	\$12.50	In a rehabilitation hospital or chronic disease hospital (copay is per stay)	\$0	\$50	\$250
Drug on your plans preferred list	\$3	\$20	\$25	Physical therapy speech or hearing therapy, pulmonary or occupational therapy (need plan approval for more than 20 visits)	\$0	\$10	\$20
Drug not on your plans preferred list	\$3	\$40	\$50	Cardiac rehabilitation	\$0	\$0	\$0
Ordering a three month supply could save money in copays				Home health care	\$0	\$0	\$0
Maximum copays (total out-of-pocket) you will pay for all prescriptions in a year	\$200	\$500	\$800	<b>Maternity and Family Planning</b>			
Maximum copays (total out-of-pocket) you will pay for other services in a year	\$0	\$750	\$1,500	Outpatient office visit	\$0	\$0	\$0
				<b>Dental Benefits</b>			
				Dental Benefits are available to Plan Type 1 Members	\$0	NA	NA
				You can check out website for other benefits at <a href="http://www.bmchp.org">www.bmchp.org</a>			



To learn more, and for help joining BMC HealthNet Plan Commonwealth Care, call 1-800-792-4355 or visit [www.bmchp.org](http://www.bmchp.org). For all your Commonwealth Care options, visit [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org) or call 1-877-MA-ENROLL or 1-877-623-6765 (TTY 1-877-623-7773) Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m.

**Effective July 1, 2010**

## Información de copagos para los miembros de Commonwealth Care

Este documento contiene los beneficios y copagos para Commonwealth Care.

**Beneficios:** Los servicios de salud que obtiene del plan de salud cuando se adhiere a Commonwealth Care.

**Copago:** Lo que paga cada vez que obtiene un servicio.

**Copagos máximos en efectivo:** Lo máximo que tendrá que pagar por determinados servicios en un año.

**Tipo de Plan:** Los beneficios específicos para lo que es elegible de acuerdo con su ingreso. Los copagos y las primas varían por tipo de Plan y son determinados por el estado.

**Nota:** Para algunos servicios de salud usted necesitará la aprobación previa de su plan de salud.

TIPO DE PLAN	I	II	III	TIPO DE PLAN	I	II	III
<b>Cuidado de pacientes externo</b>				<b>Atención de la salud mental y por abuso de drogas y/o alcohol</b>			
<b>Copagos</b>							
Visita al consultorio de su PCP	\$0	\$10	\$15	Paciente externa o visita en el consultorio	\$0	\$10	\$15
Visita al consultorio de un especialista	\$0	\$18	\$22	Atención del paciente internado (el copago es por estadía)	\$0	\$50	\$250
Radiología, rayos X, exámenes del laboratorio	\$0	\$0	\$0	<b>Visión</b>			
Cirugía de pacientes externos en un hospital	\$0	\$50	\$125	Examen de la vista cada 24 meses	\$0	\$10	\$20
Aborto	\$0	\$50	\$100	Anteojos gratuitos cada 24 meses	\$0	\$0	\$0
<b>Atención para pacientes internos</b>				<b>Atención de la Diabetes</b>			
La estadía en el hospital puede incluir cirugía, rayos X servicios del laboratorio y alojamiento y comida (el copago es por la estadía)	\$0	\$50	\$250	Cuidados de los pies rutinarios	\$0	\$5	\$10
<b>Atención de emergencia</b>				Vista al especialista (puede incluir ortopedia)	\$0	\$10	\$20
Vista a la sala de emergencias (sin copago si usted es admitido al hospital)	\$0	\$50	\$100	<b>Servicios de rehabilitación</b>			
<b>Medicamentos con receta médica</b>				Atención extendida del paciente internado (100 días en total por año calendario)			
Suministro de 30 días desde una farmacia				En un centro de enfermería especializada			
La mayoría de medicamentos genéricos	\$1	\$10	\$12.50	En un hospital de rehabilitación o en un hospital para enfermedades crónicas (el copago es por las estadías)	\$0	\$50	\$250
Medicamentos en su lista preferida del plan	\$3	\$20	\$25	Terapia física, fonoaudiología, terapia pulmonar u ocupacional (es necesaria la aprobación del plan para más de 20 visitas)	\$0	\$10	\$20
Medicamentos que no están en su lista preferida del plan	\$3	\$40	\$50	Rehabilitación cardíaca	\$0	\$0	\$0
La solicitud de una provisión de tres meses podría ahorrar dinero en los copagos				Atención de la salud en el hogar			
Copagos máximos en efectivo que usted pague por todas las recetas en un año	\$200	\$500	\$800	<b>Planificación familiar y de la maternidad</b>			
Copagos máximos en efectivo que usted pague por otros servicios en un año	\$0	\$750	\$1,500	Visitas al consultorio del paciente externo			
				<b>Los beneficios dentales</b>			
				Los beneficios dentales están disponibles solo para los miembros del Plan del tipo 1			
				Usted puede visitar nuestro sitio Web para otros beneficios en <a href="http://www.bmchp.org">www.bmchp.org</a>			



Para aprender más y para asistencia si quiere unirse a BMC HealthNet Plan Commonwealth Care, llame al 1-800-792-4355 o visite [www.bmchp.org](http://www.bmchp.org). Para todos sus opciones de Commonwealth Care, visite [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org) o llame al 1-877-MA-ENROLL o 1-877-623-6765 (TTY (teléfono de texto): 1-877-623-7773) Lunes a Viernes, 8 a.m. a 5 p.m.

**Efectivo Julio 1, 2010**