

Effective July 1, 2009

	PLAN TYPE		
	I	II	III
<b>Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Care</b>			
Outpatient or office visit	\$0	\$10	\$15
Inpatient care (copay is per stay)	\$0	\$50	\$250
<b>Vision</b>			
Eye exam every 24 months	\$0	\$10	\$20
Free glasses every 24 months	\$0	\$0	\$0
<b>Diabetes Care</b>			
Routine foot care	\$0	\$5	\$10
Visit to specialist (may include orthotics)	\$0	\$10	\$20
<b>Rehabilitation Services</b>			
Extended inpatient care (100 total days per calendar year)			
In a skilled nursing facility	\$0	\$0	\$0
In a rehabilitation hospital or chronic disease hospital (copay is per stay)	\$0	\$50	\$250
Physical therapy, speech or hearing therapy, pulmonary or occupational therapy (need plan approval for more than 20 visits)	\$0	\$10	\$20
Cardiac rehabilitation	\$0	\$0	\$0
Home health care	\$0	\$0	\$0
<b>Maternity and Family Planning</b>			
Outpatient office visit	\$0	\$0	\$0
<b>Dental Benefits</b>			
Dental Benefits are available only to Plan Type 1 Members	\$0	NA	NA

You can check our website for other benefits at [www.bmchp.org](http://www.bmchp.org)

BMC HealthNet Plan Commonwealth Care  
 No Health Insurance? We've got a plan for that.  
 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.

This card shows 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
Effective July 1, 2009			
<b>Outpatient Care</b>		<b>Copays</b>	
Office visit to your PCP	\$0	\$10	\$15
Office visit to a specialist	\$0	\$18	\$22
Radiology, x-rays, lab work	\$0	\$0	\$0
Outpatient surgery at a hospital or ambulatory surgery center	\$0	\$50	\$125
Abortion	\$0	\$50	\$100
<b>Inpatient Care</b>			
Hospital stay may include surgery, x-rays, lab services and room and board (copay is per stay).	\$0	\$50	\$250
<b>Emergency Care</b>			
Emergency room visit (no copay if you are admitted to the hospital)	\$0	\$50	\$100
<b>Prescription Drugs</b>			
30 day supply from a pharmacy			
Most generic drugs	\$2	\$10	\$12.50
Drug on your plan's preferred list	\$3	\$20	\$25
Drug not on your plan's preferred list	\$3	\$40	\$50
Ordering a three month supply could save money in copays.			
Maximum copays (total out-of-pocket) you will pay for all prescriptions in a year	\$200	\$500	\$800
Maximum copays (total out-of-pocket) you will pay for other services in a year	\$0	\$750	\$1,500

Esta tarjeta muestra los beneficios y copagos para Commonwealth Care.

Todos los planes de salud en Commonwealth Care ofrecen los mismos beneficios de salud y copagos.

**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 variarán 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
<i>Efectivo Julio 1, 2009</i>			
<b>Cuidado de pacientes ambulatorios</b>			
Visita al consultorio de su PCP	\$0	\$10	\$15
Visita al consultorio de un especialista	\$0	\$18	\$22
Radiología, rayos X, exámenes del laboratorio	\$0	\$0	\$0
Cirugía de pacientes externos en un hospital o centro de cirugía ambulatoria	\$0	\$50	\$125
Aborto	\$0	\$50	\$100
<b>Atención para pacientes internados</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
<b>Atención de emergencia</b>			
Visita a la sala de emergencias (sin copago si usted es admitido al hospital)	\$0	\$50	\$100
<b>Medicamentos con receta médica</b>			
Suministro de 30 días desde una farmacia			
La mayoría de medicamentos genéricos	\$2	\$10	\$12.50
Medicamentos en su lista preferida del plan	\$3	\$20	\$25
Medicamentos que no están en su lista preferida del plan	\$3	\$40	\$50
La solicitud de una provisión de tres meses podría ahorrar dinero en los copagos.			
Copagos máximos en efectivo que usted pagará por todas las recetas en un año	\$200	\$500	\$800
Copagos máximos en efectivo que usted pagará por otros servicios en un año	\$0	\$750	\$1,500

*Efectivo Julio 1, 2009*

	TIPO DE PLAN		
	I	II	III
<b>Atención de la salud mental y por abuso de drogas y/o alcohol</b>			
Paciente externo o visita en el consultorio	\$0	\$10	\$15
Atención del paciente internado (el copago es por estadía)	\$0	\$50	\$250
<b>Visión</b>			
Examen de la vista cada 24 meses	\$0	\$10	\$20
Anteojos gratuitos cada 24 meses	\$0	\$0	\$0
<b>Atención de la Diabetes</b>			
Cuidados de los pies rutinarios	\$0	\$5	\$10
Visita al especialista (puede incluir ortopedia)	\$0	\$10	\$20
<b>Servicios de rehabilitación</b>			
Atención extendida del paciente internado (100 días en total por año calendario)			
En un centro de enfermería especializada	\$0	\$0	\$0
En un hospital de rehabilitación o en un hospital para enfermedades crónicas (el copago es por la estadía)	\$0	\$50	\$250
Terapia física, fonoaudiología, terapia pulmonar u ocupacional (es necesaria la aprobación del plan para más de 20 visitas)	\$0	\$10	\$20
Rehabilitación cardíaca	\$0	\$0	\$0
Atención de la salud en el hogar	\$0	\$0	\$0
<b>Planificación familiar y de la maternidad</b>			
Visitas al consultorio del paciente externo	\$0	\$0	\$0
<b>Los beneficios dentales</b>			
Los beneficios dentales están disponibles sólo para los miembros del Plan del tipo I	\$0	NA	NA

Usted puede visitar nuestro sitio web para otros beneficios en [www.bmchp.org](http://www.bmchp.org)

BMC HealthNet Plan Commonwealth Care  
 ¿No tiene seguro médico? Tenemos un plan para eso.  
 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 todas 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 de  
 8 a.m. a 5 p.m.