

PRODUCT PORTFOLIO REFERENCE GRID

Prime™ PPO Plus Plans for Merged Market

Effective July 1, 2018

Great doctors. Great benefits. Great choice.

- Highly competitive premiums available
- Access to hundreds of thousands of top doctors and hospitals within the PPO Plus Network
- A FlexRxsm pharmacy solution that controls pharmacy costs while offering money and time savings for members:
 - 6-Tier coverage for a wide variety of medications, including a low-cost tier
 - An over-the-counter (OTC) drug benefit that covers many common OTC cough, cold, and allergy drugs and products with a prescription
 - Coverage of 11 common medications for chronic conditions with \$0 cost sharing*
 - A 90-day supply of maintenance medications through mail order or retail pharmacies
- Exclusive access to Partners HealthCare On Demand for convenient, high-quality urgent care anytime, anywhere in the U.S. right from a tablet, smart phone, or computer
- DoctorSmartsm Rewards program gives members cash back when they select to have certain services with a high-value provider
- PPO Plus plans can be sold as a standalone plan to employer groups when at least 50% of subscribers enrolled in the PPO Plus plan reside inside AllWays Health Partners' service area.
- Employers may offer any two plan options in AllWays Health Partners' portfolio of HMO and PPO Plus plans
- For employers with more than 20 subscribers enrolled in AllWays Health Partners, any three plan designs from our portfolio may be selected

* Deductible applies first for HSA plans, following IRS rules

NEW for July 1, 2018!

- Care Complementsm plans that remove financial barriers to care and encourage members to seek the most efficient and effective care first—see back for details

PRODUCT PORTFOLIO REFERENCE GRID

Prime™ PPO Plus Plans for Merged Market

Effective July 1, 2018

All plans meet minimum creditable coverage and Medicare Part D creditable coverage requirements.

Available with and without Care Complement

Available with and without Care Complement

Available with and without Care Complement

Prime PPO Plus Plan	Metallic Tier	Deductible (D) Individual/Family (embedded, unless otherwise noted)	Out-of-Pocket Maximum Individual/Family (embedded)	OUTPATIENT						INPATIENT	MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE (MN/SU)		PHARMACY
				Office Visit PCP/Specialist	Routine Eye Exam (19 and older) One every 12 Months	Emergency Room (copayment waived if admitted)	Diagnostic, Imaging & X-ray and lab	High-tech Radiology	Outpatient Surgery	Inpatient Medical, SNF (100 days/benefit period) and Rehab (60 days/benefit period) per Admission	Outpatient MH/ SU Visits Including Rehab and Detox	Inpatient MH/ SU per Admission	Pharmacy Cost-Sharing by Tier for a 30-day Supply 1/2/3/4/5/6
Prime PPO Plus 500/1000 25/40 FlexRx 6-Tier	Gold	IN: \$500/\$1,000 OON: \$1,000/\$2,000	IN: \$7,350/\$14,700 OON: \$14,700/\$29,400	IN \$25/\$40 OON (D) 20%	IN \$40 OON (D) 20%	IN \$200	IN \$45 OON (D) 20%	IN \$200 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$300 OON (D) 20%	IN \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$300 OON (D) 20%	\$5/\$25/\$40/\$80/ \$100/\$150
Prime PPO Plus 750/1500 30/45 FlexRx 6-Tier	Gold	IN: \$750/\$1,500 OON: \$1,500/\$3,000	IN: \$6,850/\$13,700 OON: \$13,700/\$27,400	IN \$30/\$45 OON (D) 20%	IN \$45 OON (D) 20%	IN \$200	IN (D) \$45 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN \$30 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	\$5/\$25/\$40/\$80/ \$100/\$150
Prime PPO Plus 1000/2000 20/35 30% FlexRx 6-Tier	Gold	IN: \$1,000/\$2,000 OON: \$2,000/\$4,000	IN: \$6,350/\$12,700 OON: \$12,700/\$25,400	IN \$20/\$35 OON (D) 20%	IN \$35 OON (D) 20%	IN (D) 30%	IN (D) \$35 OON (D) 20%	IN (D) 30% OON (D) 50%	IN (D) 30% OON (D) 50%	IN (D) 30% OON (D) 50%	IN \$20 OON (D) 20%	IN (D) 30% OON (D) 50%	\$5/\$25/(D) 30%/ (D) 30%/(D) 30%/(D) 30%
Prime PPO Plus 1000/2000 25/40 FlexRx 6-Tier	Gold	IN: \$1,000/\$2,000 OON: \$2,000/\$4,000	IN: \$5,350/\$10,700 OON: \$10,700/\$21,400 Pharmacy: \$2,000/\$4,000	IN \$25/\$40 OON (D) 20%	IN \$40 OON (D) 20%	IN \$200	IN (D) \$40 OON (D) 20%	IN (D) \$150 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	\$5/\$30/\$50/ \$100/\$125/\$175
Prime PPO Plus 1000/2000 30/45 FlexRx 6-Tier	Gold	IN: \$1,000/\$2,000 OON: \$2,000/\$4,000	IN: \$5,000/\$10,000 OON: \$10,000/\$20,000	IN \$30/\$45 OON (D) 20%	IN \$45 OON (D) 20%	IN (D) \$150	IN (D) \$20 OON (D) 20%	IN (D) \$200 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN \$30 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	\$5/\$20/\$30/ \$50/\$30/\$50
Prime PPO 1500/3000 25/40 FlexRx 6-Tier	Gold	IN: \$1,500/\$3,000 OON: \$3,000/\$6,000	IN: \$5,350/\$10,700 OON: \$10,700/\$21,400 Pharmacy: \$2,000/\$4,000	IN \$25/\$40 OON (D) 20%	IN \$40 OON (D) 20%	IN \$200	IN (D) \$40 OON (D) 20%	IN (D) \$150 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$300 OON (D) 20%	IN \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$300 OON (D) 20%	\$5/\$30/\$50/ \$100/\$125/\$175
Prime PPO Plus 2000/4000 25/40 FlexRx 6-Tier	Gold	IN: \$2,000/\$4,000 OON: \$4,000/\$8,000	IN: \$5,350/\$10,700 OON: \$10,700/\$21,400 Pharmacy: \$2,000/\$4,000	IN \$25/\$40 OON (D) 20%	IN \$40 OON (D) 20%	IN \$250	IN (D) \$40 OON (D) 20%	IN (D) \$150 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	\$5/\$25/\$50/ \$100/\$125/\$175
Prime PPO Plus 2000/4000 25/45 FlexRx 6-Tier (New for 7/1)	Silver	IN: \$2,000/\$4,000 OON: \$4,000/\$8,000	IN: \$7,350/\$14,700 OON: \$14,700/\$29,400	IN \$25/\$45 OON (D) 20%	IN \$45 OON (D) 20%	IN (D) \$250	IN (D) \$55 OON (D) 20%	IN (D) \$150 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	\$5/\$30/(D) \$50/ (D) \$150/(D) \$175/(D) \$225
Prime PPO Plus HSA 2000/4000 25/40 FlexRx 6-Tier (New for 7/1)	Silver	IN: \$2,000/\$4,000 OON: \$4,000/\$8,000 Aggregate	IN: \$6,650/\$13,300 OON: \$13,300/\$26,600	IN (D):\$25/\$40 OON (D) 20%	IN (D) \$40 OON (D) 20%	IN (D) \$250	IN (D) \$40 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN (D) \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	(D) then: \$5/\$25/\$50/ \$100/\$125/\$175
Prime PPO Plus 2000/4000 30/50 FlexRx 6-Tier	Silver	IN: \$2,000/\$4,000 OON: \$4,000/\$8,000	IN: \$7,350/\$14,700 OON: \$14,700/\$29,400	IN \$30/\$50 OON (D) 20%	IN \$50 OON (D) 20%	IN (D) \$700	IN (D) \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN (D) \$750 OON (D) 20%	IN (D) \$1,000 OON (D) 20%	IN \$30 OON (D) 20%	IN (D) \$1,000 OON (D) 20%	\$7/\$20/\$60/ (D) \$90/\$60/(D) \$90
Prime PPO Plus 2000/4000 30/50 35% FlexRx 6-Tier	Silver	IN: \$2,000/\$4,000 OON: \$4,000/\$8,000	IN: \$7,350/\$14,700 OON: \$14,700/\$29,400	IN \$30/\$50 OON (D) 20%	IN \$50 OON (D) 20%	IN (D) 35%	IN (D) \$50 OON (D) 20%	IN (D) 35% OON (D) 50%	IN (D) 35% OON (D) 50%	IN (D) 35% OON (D) 50%	IN \$30 OON (D) 20%	IN (D) 35% OON (D) 50%	\$5/\$30/(D) 35%/ (D) 35%/(D) 35%/(D) 35%
Prime PPO Plus HSA 2500/5000 FlexRx 6-Tier	Silver	IN: \$2,500/\$5,000 OON: \$5,000/\$10,000 Aggregate	IN: \$6,650/\$13,300 OON: \$13,300/\$26,600	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	IN (D)	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	(D) then: \$5/\$50/ \$80/\$100/\$125/\$175
Prime PPO Plus 2500/5000 40/60 FlexRx 6-Tier	Silver	IN: \$2,500/\$5,000 OON: \$5,000/\$10,000	IN: \$7,350/\$14,700 OON: \$14,700/\$29,400	IN \$40/\$60 OON (D) 20%	IN \$60 OON (D) 20%	IN (D) \$400	IN (D) \$75 OON (D) 20%	IN (D) \$750 OON (D) 20%	IN (D) \$750 OON (D) 20%	IN (D) \$1,000 OON (D) 20%	IN \$40 OON (D) 20%	IN (D) \$1,000 OON (D) 20%	\$5/\$30/\$60/ \$100/\$125/\$175
Prime PPO Plus HSA 3000/6000 FlexRx 6-Tier	Silver	IN: \$3,000/\$6,000 OON: \$6,000/\$12,000	IN: \$6,650/\$13,300 OON: \$13,300/\$26,600	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) \$250	IN (D) \$75 OON (D) 20%	IN (D) \$150 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN (D) OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	(D) then: \$5/\$30/ \$60/\$100/\$125/\$175
Prime PPO Plus 3000/6000 25/50 FlexRx 6-Tier (New for 7/1)	Silver	IN: \$3,000/\$6,000 OON: \$6,000/\$12,000	IN: \$7,350/\$14,700 OON: \$14,700/\$29,400	IN \$25/\$50 OON (D) 20%	IN \$50 OON (D) 20%	IN (D) \$250	IN (D) \$55 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$250 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN (D) \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	\$5/\$30/(D) \$50/ (D)\$150/(D)\$175/(D) \$225
Prime PPO Plus 3000/6000 25/40 FlexRx 6-Tier	Bronze	IN: \$3,000/\$6,000 OON: \$6,000/\$12,000	IN: \$7,150/\$14,300 OON: \$14,300/\$28,600	IN (D): \$25/\$40 OON (D) 20%	IN (D) \$40 OON (D) 20%	IN (D) \$500	IN (D) \$75 OON (D) 20%	IN (D) \$500 OON (D) 20%	IN (D) \$750 OON (D) 20%	IN (D) \$750 OON (D) 20%	IN (D) \$25 OON (D) 20%	IN (D) \$750 OON (D) 20%	\$5/\$30/(D) \$80/(D) \$100/ (D) \$125/(D) \$175

(D) = Deductible must be met first, then copayment or coinsurance may apply.
Cost sharing for medical, behavioral health, pharmacy, and dental applies to the Out-of-Pocket Maximum (MOOP). As noted above, some plans have a separate Pharmacy Out-of-Pocket Maximum.

NEW! Care Complement

Now there's an option to enhance some of our Prime PPO Plus plans with Care Complement. This benefit design eliminates financial barriers to ensure members are getting the care they need, assist in reducing the reliance on narcotics by promoting therapy visits, and improve or maintain illnesses such as heart disease and diabetes to stay healthy.

\$0 cost sharing for the following in-network benefits when you choose Care Complement:

- Cardiac rehabilitation therapy
- Medication assisted therapy office visits and certain prescription medications
- The first 6 physical/occupational therapy and chiropractic visits
- New for 2018 and only with Care Complement: first 6 acupuncture visits (benefit limit of 20 visits)
- Diabetes education & nutritional counseling

Embedded Deductible and/or Out-of-Pocket Maximum

All members are responsible for the individual deductible per benefit period. The family deductible can be satisfied by combining the deductibles paid by covered family members. With family coverage, the family out-of-pocket maximum is satisfied by combining the deductibles, coinsurance, and copayment amounts paid by covered family members. A covered family member will not exceed the individual maximum out-of-pocket amount.

Aggregate Deductible

With family coverage, the individual deductible amount does not apply. The entire family deductible amount must be met before benefits are payable for anyone in the family.

All Prime PPO Plus Plans Include:

- Pediatric Vision benefits for members up to age 19 powered by EyeMed
- Pediatric Dental for members up to age 19 through Delta Dental
- Minimum \$150 fitness benefit: One month's gym membership fee or \$150, whichever is greater**
- Weight loss benefit: Up to 6 months of membership at Weight Watchers or Jenny Craig**†
- Childbirth education class reimbursement: \$130 per pregnancy

Medical Benefits (Outpatient, Inpatient, Other)

- No copayment, deductible or coinsurance applies to preventive services when through an in-network provider
- Routine eye exam at no cost sharing for members diagnosed with diabetes through an in-network provider
- No referrals required
- No limits for mental health/substance use outpatient office visits or inpatient admissions
- Physical/Occupational Therapy: Coverage up to 60 combined visits per benefit period

Pharmacy Benefits

- 11 common prescription drugs for chronic conditions are available with \$0 cost sharing.*
- AllWays Health Partners requires that members receive maintenance medications in a 90-day supply through the Maintenance 90-Day Supply program. Members can fill their maintenance medications in two convenient ways:
 - For members who prefer the convenience of receiving their prescriptions through the mail, certain maintenance medications are available through our Mail Order Pharmacy.
 - Access 90 provides members with a 90-day supply of certain maintenance medications when purchased through participating pharmacies.

* Deductible applies first for HSA plans, following IRS rules

** One per policy (either subscriber or dependent)

† Weight loss membership benefit excludes food

Evidence of Coverage is comprised of the AllWays Health Partners Schedule of Benefits and Member Handbook. For additional plan information, please visit allwayshealthpartners.org.