

DISEÑOS DE PLAN 2020 – DEDUCIBLE Y COPAGOS

PAGO COMPARTIDO DEL MIEMBRO	Plan de Alto Deducible HSA Compatible 008 ID de Plan 27248TX0010008	Plan con Deducibles Bronce 003 ID de Plan 27248TX0010003	Planes con Deducibles Plata de Community Health Choice HMO 009 ID de Plan 27248TX0010009				Planes con Deducibles Plata de Community Health Choice HMO 004 ID de Plan 27248TX0010004				Plan con Deducibles Oro 005 ID de Plan 27248TX0010005	Copago Oro 001 ID de Plan 27248TX0010001
			Plan con Deducibles Plata 009 250% FPL y más	Plan con Deducibles Plata 009 (73) 200%-249% FPL	Plan con Deducibles Plata 009 (87) 150%-199% FPL	Plan con Deducibles Plata 009 (94) 100%-149% FPL	Plan con Deducibles Plata 004 250% FPL y más	Plan con Deducibles Plata 004 (73) 200%-249% FPL	Plan con Deducibles Plata 004 (87) 150%-199% FPL	Plan con Deducibles Plata 004 (94) 100%-149% FPL		
Deducible Médico (individual/familia)	\$6,750 / \$13,500	\$7,150 / \$14,300	\$5,000 / \$10,000	\$2,500 / \$5,000	N/A	N/A	\$3,000 / \$6,000	\$2,800 / \$5,600	N/A	N/A	\$750 / \$1,500	N/A
Gasto de su bolsillo máximo (individual/familia)	\$6,750 / \$13,500	\$8,150 / \$16,300	\$7,000 / \$14,000	\$6,000 / \$12,000	\$2,700 / \$5,400	\$2,500 / \$5,000	\$7,900 / \$15,800	\$6,500 / \$13,000	\$2,700 / \$5,400	\$2,500 / \$5,000	\$6,500 / \$13,000	\$8,150 / \$16,300
BENEFICIOS MÉDICOS												
COPAGOS Y COSEGUROS DEL MIEMBRO												
Visita a su médico de cabecera (médico de cuidado primario)	no cargo después de deducible	*\$40	*\$30	*\$30	\$25	\$10	*\$30	*\$25	\$25	\$10	*\$20	\$30
Visita al médico especialista		*\$70	\$60	\$60	\$50	\$20	*\$60	*\$50	\$50	\$20	*\$40	\$65
Centro Ambulatorio		30%	30%	30%	20%	10%	30%	30%	20%	10%	20%	\$300
Cirugía Ambulatoria		30%	30%	30%	20%	10%	30%	30%	20%	10%	20%	\$300
Servicios de Cuidado de Urgencias		*\$70	*\$60	*\$60	\$50	\$20	*\$60	*\$50	\$50	\$20	*\$40	\$65
Servicio de Ambulancia		\$70	\$60	\$60	\$50	\$20	\$60	\$50	\$50	\$20	\$40	\$65
Servicios de Salas de Emergencia		30%	30%	30%	20%	10%	30%	30%	20%	10%	20%	\$700
Cuidado hospitalario (Cuidados de paciente hospitalizado)		30%	30%	30%	20%	10%	30%	30%	20%	10%	20%	**\$700
Centro de enfermería especializada, paciente ingresado		30%	30%	30%	20%	10%	30%	30%	20%	10%	20%	**\$700
Salud del Comportamiento/ Mental Ambulatoria		*\$40	*\$30	*\$30	\$25	\$10	*\$30	*\$25	\$25	\$10	*\$20	\$30
Salud del Comportamiento/ Mental Hospitalaria		30%	30%	30%	20%	10%	30%	30%	20%	10%	20%	**\$700
Rehabilitación ambulatoria		\$70	\$60	\$60	\$50	\$10	\$60	\$50	\$50	\$10	\$40	\$65
Imágenes Médicas (TC/ Escaneos PET, Resonancias Magnéticas)		30%	30%	30%	20%	10%	30%	30%	20%	10%	20%	\$500
Laboratorio de rutina/rayos X/diagnóstico por imágenes		\$40	\$30	\$30	\$25	\$10	\$30	\$25	\$25	\$10	\$20	\$30
MEDICAMENTOS CON PRESCRIPCIÓN												
COPAGOS Y COSEGUROS DEL MIEMBRO												
Deducible de medicamentos con prescripción (individual/familia) (Suministro de 90 días por correo, disponible con copago de 2.5)	Combinado con el deducible médico	Combinado con el deducible médico	Combinado con el deducible médico	Combinado con el deducible médico	Combinado con el deducible médico	Combinado con el deducible médico	Combinado con el deducible médico	Combinado con el deducible médico	N/A	N/A	Combinado con el deducible médico	N/A
Genéricos	no cargo después de deducible	*\$15	*\$15	*\$10	\$10	\$5	*\$10	*\$10	\$10	\$5	*\$10	\$20
Marcas Preferidas		\$70	\$70	\$50	\$50	\$20	\$60	\$50	\$50	\$20	\$40	\$40
Marcas no Preferidas		\$120	\$120	\$100	\$85	\$40	\$100	\$90	\$85	\$40	\$70	\$80
Medicamentos Especializados de Alto Costo		45%	45%	45%	30%	20%	45%	40%	30%	20%	30%	30%