

# COMMUNITY PREMIER BRONZE PLAN 017

27248TX0010017

**Primas más bajas  
Deducibles más altos**

## DETALLES

- Servicios de *Telehealth* disponibles.
- No se requieren derivaciones para ver a un especialista
- El cuidado preventivo está disponible sin costo.
- Este plan no cubre los servicios fuera de la red.
- Los requisitos de Autorización previa/Terapia escalonada se aplican a algunos beneficios médicos y de farmacia.

Beneficios	Niveles de costos compartidos
Deducible (individuo/familia)	\$9,100 / \$18,200
Costos máximos de bolsillo (individuo/familia)	\$9,100 / \$18,200
MÉDICO	
Visita al consultorio del PCP	Sin cargo después del deducible
Visita al especialista	
Centro ambulatorio	
Cirugía ambulatoria	
Servicios de atención urgente	
Servicios de ambulancia	
Servicios de la sala de emergencias	
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados	
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes ambulatorios	
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes hospitalizados	
Rehabilitación ambulatoria	
Imágenes médicas (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	
Laboratorio de rutina/Rayos X/Diagnóstico por imágenes	
MEDICINAS CON RECETA	
Deducible de medicinas recetadas (individuo/familia) (suministro de pedido por correo para 90 días disponible con un copago de 2.5 veces)	Combinado con el deducible médico
Genérico	Sin cargo después del deducible
Marca preferida	
Marca no preferida	
Medicinas especiales de costo elevado	

Para planes con deducible: todos los coseguros/copagos se aplican después de alcanzar el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.