

# COMMUNITY PREMIER BRONZE PLAN 018

27248TX0010018

## Primas más bajas Mayores gastos de bolsillo por servicios

### DETALLES

- El PCP, atención de urgencia y medicinas genéricas no están sujetos al deducible.
- 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)	\$7,500 / \$15,000
Costos máximos de bolsillo (individuo/familia)	\$9,100 / \$18,000
MÉDICO	
Visita al consultorio del PCP	\$50*
Visita al especialista	\$100*
Centro ambulatorio	50%
Cirugía ambulatoria	50%
Servicios de atención urgente	\$75*
Servicios de ambulancia	\$100
Servicios de la sala de emergencias	50%
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	50%
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados	50%
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes ambulatorios	\$50*
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes hospitalizados	50%
Rehabilitación ambulatoria	\$100
Imágenes médicas (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	50%
Laboratorio de rutina/Rayos X/Diagnóstico por imágenes	50%
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	\$25*
Marca preferida	\$50
Marca no preferida	\$100
Medicinas especiales de costo elevado	\$500

\*Los servicios están exentos del deducible donde se indique (PCP/Atención de urgencia/Receta genérica).  
Para planes con deducible: todos los coseguros/copagos se aplican después de alcanzar el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.