

COMMUNITY PREMIER GOLD PLAN 021

27248TX0010021

Primas mensuales moderadas Bajo costo compartido

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)	\$2,000 / \$4,000
Costos máximos de bolsillo (individuo/familia)	\$8,700 / \$17,400
MÉDICO	
Visita al consultorio del PCP	\$30*
Visita al especialista	\$60*
Centro ambulatorio	25%
Cirugía ambulatoria	25%
Servicios de atención urgente	\$45*
Servicios de ambulancia	\$60
Servicios de la sala de emergencias	25%
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	25%
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados	25%
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes ambulatorios	\$30*
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes hospitalizados	25%
Rehabilitación ambulatoria	\$30*
Imágenes médicas (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	25%
Laboratorio de rutina/Rayos X/Diagnóstico por imágenes	25%
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 deducible médico
Genérico	\$15*
Marca preferida	\$30*
Marca no preferida	\$60*
Medicinas especiales de costo elevado	\$250*

*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.