

# COMMUNITY PREMIER SILVER PLAN 004

27248TX0010004

Primas más altas

Costo compartido de bajo a moderado

## 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 <sup>†</sup>
Deducible (individuo/familia)	\$3,300 / \$6,600
Costos máximos de bolsillo (individuo/familia)	\$9,100 / \$18,200
MÉDICO	
Visita al consultorio del PCP	\$30*
Visita al especialista	\$60*
Centro ambulatorio	40%
Cirugía ambulatoria	40%
Servicios de atención urgente	\$60*
Servicios de ambulancia	\$60
Servicios de la sala de emergencias	40%
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	40%
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados	40%
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes ambulatorios	\$30*
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes hospitalizados	40%
Rehabilitación ambulatoria	\$60
Imágenes médicas (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	40%
Laboratorio de rutina/Rayos X/Diagnóstico por imágenes	\$30
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	\$10*
Marca preferida	\$70
Marca no preferida	\$110
Medicinas especiales de costo elevado	50%

\*Los servicios están exentos del deducible donde se indique (PCP/Atención de urgencia/Receta genérica).

<sup>†</sup>El costo compartido puede ser menor para aquellos que son elegibles para mayores subsidios de costos compartidos. Para planes con deducible: todos los coseguros/copagos se aplican después de alcanzar el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.