

COMMUNITY PREMIER GOLD PLAN 001

27248TX0010001

Primas mensuales moderadas
Costo compartido de bajo a moderado

DETALLES

- Servicios de Telehealth disponibles.
- No se requieren derivaciones para ver a un especialista.
- El cuidado preventivo está disponible sin costo.
- Sin deducible médico o de farmacia.
- 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)	N/A
Costos máximos de bolsillo (individuo/familia)	\$9,450 / \$18,900
MÉDICO	
Visita al consultorio del PCP	\$30
Visita al especialista	\$65
Centro ambulatorio	\$300
Cirugía ambulatoria	\$300
Servicios de atención urgente	\$65
Servicios de ambulancia	\$65
Servicios de la sala de emergencias	\$800
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$800**
Centro de enfermería especializada para pacientes hospitalizados	\$800**
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes ambulatorios	\$30
Abuso mental/conductual de sustancias para pacientes hospitalizados	\$800**
Rehabilitación ambulatoria	\$65
Imágenes médicas (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	\$500
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)	N/A
Genérico	\$25
Marca preferida	\$40
Marca no preferida	\$80
Medicinas especiales de costo elevado	30%

** El copago se aplica durante los primeros 5 días de la admisión para todos los servicios de hospitalización. Para planes con deducible: todos los coseguros/copagos se aplican después de alcanzar el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.