

SUS BENEFICIOS DE FARMACIA



NAVITUS

Nuestro trabajo es personal



Información de contacto

Atención al cliente

24 horas al día, los 7 días de la semana
866-333-2757 711 (TTY)

Reclamaciones de medicamentos recetados

Navitus Health Solutions
ATTN: Claims Department
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999

Sitio web de Navitus

navitus.com/members

Portal para miembros

memberportal.navitus.com

Pedidos por correo

Postal Prescription Services
800-552-6694
ppsr.com

Farmacia especializada

Walgreens Specialty
800-218-1488

Cómo compartir sus comentarios

Su experiencia con sus beneficios de farmacia de Navitus es importante para nosotros. Visite bit.ly/navitusfeedback o escanee el código QR* para opinar sobre nuestro desempeño.



* El código QR puede identificar la información de su IP/dispositivo. Sin embargo, su información personal y médica es estrictamente confidencial y no se capturará.

Para obtener una copia de sus derechos y responsabilidades como miembro, visite el portal para miembros o llame a Atención al cliente. Si necesita que este material impreso le sea traducido o presentado en un formato alternativo, o necesita asistencia en el uso de cualquiera de nuestros servicios, comuníquese con Atención al cliente.

© 2024 Navitus Health Solutions, LLC. Todos los derechos reservados.

Le damos la bienvenida a Navitus

Entendemos que el acceso a medicamentos asequibles puede cambiar vidas... y salvarlas. Nuestra misión es ayudar a los miembros como usted a obtener los medicamentos que necesita.

Una vez que sus beneficios de farmacia estén activos, haga lo siguiente para aprovecharlos al máximo:

Muestre su tarjeta de medicamentos recetados cuando surta un medicamento. Esto garantizará que sus beneficios de farmacia se procesen sin problemas.

Use nuestro portal para miembros para acceder a sus beneficios.

Encuentre las farmacias de la red más cercanas, consulte el costo de sus medicamentos, acceda a su tarjeta de identificación digital, revise los detalles del plan, como deducibles y montos máximos de gastos de bolsillo, y más. Para comenzar, visite **memberportal.navitus.com**.

¿Todavía tiene preguntas?

Como miembro de Navitus, tendrá la tranquilidad de saber que estamos aquí para ayudarle a mantenerse saludable. Nuestro equipo de Atención al cliente exclusivo puede ayudarle si tiene preguntas sobre los beneficios de farmacia, y se esforzará por resolver cualquier inquietud rápidamente. Se puede comunicar con nuestro equipo al número que figura en la contraportada.

Cómo ahorrar dinero en sus medicamentos recetados

Una de las mejores maneras de reducir sus gastos en medicamentos recetados es elegir medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos son clínicamente idénticos y tan seguros como los de marca. Pasan por el mismo proceso riguroso de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. que los medicamentos de marca. Para comenzar, simplemente pregúntele al médico que le hace la receta si hay un genérico disponible para su medicamento recetado.

Calendario del beneficio de farmacia

Community Health Choice

Fecha de entrada en vigor del beneficio	Tipo de beneficio
1 de enero de 2025	Mercado de Seguros Médicos

Nivel 1:	Productos a \$0
Nivel 2:	Productos genéricos y productos de marca de menor costo
Nivel 3:	Marca preferida y genéricos de mayor costo
Nivel 4:	Marca no preferida (puede incluir productos de marca y genéricos)

Grupo	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Premier Bronze 003 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$16 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$70 después del deducible	\$120 después del deducible	\$48 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$210 después del deducible	\$360 después del deducible
HMO Premier Bronze 003	\$16 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$70 después del deducible	\$120 después del deducible	\$48 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$210 después del deducible	\$360 después del deducible
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$16 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$70 después del deducible	\$120 después del deducible	\$48 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$210 después del deducible	\$360 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60 después del deducible	\$130 después del deducible	\$90 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$180 después del deducible	\$390 después del deducible
HMO Select Bronze 16	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60 después del deducible	\$130 después del deducible	\$90 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$180 después del deducible	\$390 después del deducible
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60 después del deducible	\$130 después del deducible	\$90 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$180 después del deducible	\$390 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					

	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
Grupo	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Ultra Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60 después del deducible	\$130 después del deducible	\$90 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$180 después del deducible	\$390 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 16	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60 después del deducible	\$130 después del deducible	\$90 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$180 después del deducible	\$390 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60 después del deducible	\$130 después del deducible	\$90 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$180 después del deducible	\$390 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Premier Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$100 después del deducible	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Bronze 18	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$100 después del deducible	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$100 después del deducible	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$300 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Ultra Select Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$100 después del deducible	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$300 Después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 18	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 Después del deducible	\$100 después del deducible	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Grupo	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$100 después del deducible	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$300 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Premier Silver 12 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$80 después del deducible	\$120 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$240 después del deducible	\$360 después del deducible
HMO Premier Silver 12	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$80 después del deducible	\$120 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$240 después del deducible	\$360 después del deducible
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$80 después del deducible	\$120 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$240 después del deducible	\$360 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Premier Silver 12 73	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$80 después del deducible	\$120 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$240 después del deducible	\$360 después del deducible
HMO Premier Silver 12 87	\$5 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$70 después del deducible	\$100 después del deducible	\$15 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$210 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Silver 12 94	\$5	\$20	\$40	\$15	\$60	\$120
HMO Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Select Silver 19	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$300 después del deducible

Grupo	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$300 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Select Silver 19 73	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$80 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$240 después del deducible
HMO Select Silver 19 87	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$25 después del deducible	\$60 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75 después del deducible	\$180 después del deducible
HMO Select Silver 19 94	\$5	\$15	\$40	\$15	\$45	\$120
HMO Ultra Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$300 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Ultra Select Silver 19 73	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40 después del deducible	\$80 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120 después del deducible	\$240 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 87	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$25 después del deducible	\$60 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75 después del deducible	\$180 después del deducible

Grupo	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Ultra Select Silver 19 94	\$5	\$15	\$40	\$15	\$45	\$120
HMO Premier Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
HMO Premier Silver 20	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						
HMO Premier Silver 20 73	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
HMO Premier Silver 20 87	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$20	\$60 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60	\$180 después del deducible
HMO Premier Silver 20 94	\$0	\$15	\$50	\$0	\$45	\$150
HMO Ultra Select Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						

Grupo	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Ultra Select Silver 20 73	\$20 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$40	\$80 después del deducible	\$60 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$120	\$240 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 87	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$20	\$60 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$60	\$180 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 94	\$0	\$15	\$50	\$0	\$45	\$150
HMO Premier Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25	\$40	\$80	\$75	\$120	\$240
HMO Ultra Select Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25	\$40	\$80	\$75	\$120	\$240
HMO Premier Gold 005 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$75 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$225 después del deducible
HMO Premier Gold 005	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$75 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$225 después del deducible
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50 después del deducible	\$75 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$225 después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						
HMO Premier Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$15 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$30	\$60	\$45 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$90	\$180
HMO Premier Gold 21	\$15 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$30	\$60	\$45 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$90	\$180

Grupo	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$15 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$30	\$60	\$45 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$90	\$180
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Ultra Select Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$15 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$30	\$60	\$45 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$90	\$180
HMO Ultra Select Gold 21	\$15 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$30	\$60	\$45 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$90	\$180
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$15 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$30	\$60	\$45 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$90	\$180
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					
HMO Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150	\$300 después del deducible
HMO Select Gold 22	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150	\$300 después del deducible
HMO Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150	\$300 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service					

Grupo	Suministro de medicamento para los días 1 a 30 en farmacias minoristas dentro de la red			Suministro de medicamento para 90 días en farmacias minoristas dentro de la red		
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
HMO Ultra Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150	\$300 después del deducible
HMO Ultra Select Gold 22	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150	\$300 después del deducible
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$10 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$100 después del deducible	\$30 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150	\$300 después del deducible
\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service						

Monto máximo de gastos de bolsillo anual

El monto máximo de gastos de bolsillo (OOP) anual se basa en la combinación de gastos relacionados con medicamentos recetados y atención médica y se calcula por año calendario. El monto del copago/coaseguro de un miembro es de \$0.00 para el tiempo restante del año calendario después de haber alcanzado el monto máximo de OOP.

Grupo	Monto de OOP individual	Monto de OOP familiar
HMO Premier Bronze 003 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Bronze 003	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Select Bronze 16	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Bronze 16	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Bronze 18	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Bronze 18	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Silver 12 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Silver 12	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Silver 12 73	\$7,100.00	\$14,200.00

Grupo	Monto de OOP individual	Monto de OOP familiar
HMO Premier Silver 12 87	\$2,500.00	\$5,000.00
HMO Premier Silver 12 94	\$1,800.00	\$3,600.00
HMO Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$8,500.00	\$17,000.00
HMO Select Silver 19	\$8,500.00	\$17,000.00
HMO Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,500.00	\$17,000.00
HMO Select Silver 19 73	\$7,100.00	\$14,200.00
HMO Select Silver 19 87	\$3,000.00	\$6,000.00
HMO Select Silver 19 94	\$1,600.00	\$3,200.00
HMO Ultra Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$8,500.00	\$17,000.00
HMO Ultra Select Silver 19	\$8,500.00	\$17,000.00
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,500.00	\$17,000.00
HMO Ultra Select Silver 19 73	\$7,100.00	\$14,200.00
HMO Ultra Select Silver 19 87	\$3,000.00	\$6,000.00
HMO Ultra Select Silver 19 94	\$1,600.00	\$3,200.00
HMO Premier Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$8,000.00	\$16,000.00
HMO Premier Silver 20	\$8,000.00	\$16,000.00
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,000.00	\$16,000.00
HMO Premier Silver 20 73	\$6,400.00	\$12,800.00
HMO Premier Silver 20 87	\$3,000.00	\$6,000.00
HMO Premier Silver 20 94	\$2,000.00	\$4,000.00
HMO Ultra Select Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$8,000.00	\$16,000.00
HMO Ultra Select Silver 20	\$8,000.00	\$16,000.00
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$8,000.00	\$16,000.00
HMO Ultra Select Silver 20 73	\$6,400.00	\$12,800.00
HMO Ultra Select Silver 20 87	\$3,000.00	\$6,000.00
HMO Ultra Select Silver 20 94	\$2,000.00	\$4,000.00
HMO Premier Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Gold 005 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00

Grupo	Monto de OOP individual	Monto de OOP familiar
HMO Premier Gold 005	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Premier Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$7,800.00	\$15,600.00
HMO Premier Gold 21	\$7,800.00	\$15,600.00
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$7,800.00	\$15,600.00
HMO Ultra Select Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$7,800.00	\$15,600.00
HMO Ultra Select Gold 21	\$7,800.00	\$15,600.00
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$7,800.00	\$15,600.00
HMO Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Select Gold 22	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Gold 22	\$9,200.00	\$18,400.00
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$9,200.00	\$18,400.00

Suministro para 90 días en farmacias con servicio por correo dentro de la red

Nivel 1:	Productos a \$0
Nivel 2:	Productos genéricos y productos de marca de menor costo
Nivel 3:	Marca preferida y genéricos de mayor costo
Nivel 4:	Marca no preferida (puede incluir productos de marca y genéricos)

Grupo	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago	Nivel 4 Monto del copago
HMO Premier Bronze 003 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$40 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$175 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Bronze 003	\$40 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$175 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$40 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$175 después del deducible	\$300 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$325 después del deducible
HMO Select Bronze 16	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$325 después del deducible
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$325 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Ultra Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$325 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 16	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$325 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$75 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$150 después del deducible	\$325 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		

Grupo	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago	Nivel 4 Monto del copago
HMO Premier Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$62.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Premier Bronze 18	\$62.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$62.50 Ningún producto del Nivel 2 paga después del deducible	\$125 después del deducible	\$250 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Ultra Select Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$62.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 18	\$62.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$62.50 Ningún producto del Nivel 2 paga después del deducible	\$125 después del deducible	\$250 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Premier Silver 12 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$200 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Silver 12	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$200 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$200 después del deducible	\$300 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Premier Silver 12 73	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$200 después del deducible	\$300 después del deducible
HMO Premier Silver 12 87	\$12.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$175 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Premier Silver 12 94	\$12.50	\$50	\$100
HMO Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$250 después del deducible

Grupo	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago	Nivel 4 Monto del copago
HMO Select Silver 19	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$250 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Select Silver 19 73	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$200 después del deducible
HMO Select Silver 19 87	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$62.50 después del deducible	\$150 después del deducible
HMO Select Silver 19 94	\$12.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$37.50	\$100
HMO Ultra Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$250 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$250 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Ultra Select Silver 19 73	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100 después del deducible	\$200 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 87	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$62.50 después del deducible	\$150 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 94	\$12.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$37.50	\$100
HMO Premier Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
HMO Premier Silver 20	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		

Grupo	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago	Nivel 4 Monto del copago
HMO Premier Silver 20 73	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
HMO Premier Silver 20 87	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$150 después del deducible
HMO Premier Silver 20 94	\$0 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$37.50	\$125
HMO Ultra Select Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Ultra Select Silver 20 73	\$50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$100	\$200 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 87	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$50	\$150 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 94	\$0 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$37.50	\$125
HMO Premier Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$62.50	\$100	\$200
HMO Ultra Select Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$62.50	\$100	\$200
HMO Premier Gold 005 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125 después del deducible	\$187.50 después del deducible
HMO Premier Gold 005	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125 después del deducible	\$187.50 después del deducible
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125 después del deducible	\$187.5 después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Premier Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$37.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75	\$150
HMO Premier Gold 21	\$37.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75	\$150
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0

Grupo	Nivel 2 Monto del copago	Nivel 3 Monto del copago	Nivel 4 Monto del copago
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$37.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75	\$150
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Ultra Select Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$37.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75	\$150
HMO Ultra Select Gold 21	\$37.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75	\$150
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$37.50 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$75	\$150
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125	\$250 Después del deducible
HMO Select Gold 22	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125	\$250 Después del deducible
HMO Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125	\$250 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		
HMO Ultra Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125	\$250 Después del deducible
HMO Ultra Select Gold 22	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125	\$250 Después del deducible
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0	\$0	\$0
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$25 Ningún producto del Nivel 2 paga deducible	\$125	\$250 Después del deducible
	\$0 cuando sea surtido por un proveedor de Indian Health Service		

Suministro para 1 a 30 días en farmacias especializadas obligatorias dentro de la red

Grupo	Monto del coaseguro
HMO Premier Bronze 003 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	45% de coaseguro después del deducible
HMO Premier Bronze 003	45% de coaseguro después del deducible
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Premier Bronze 003 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	45% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	50% de coaseguro después del deducible
HMO Select Bronze 16	50% de coaseguro después del deducible
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	50% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Ultra Select Bronze 16 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	50% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 16	50% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Ultra Select Bronze 16 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	50% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Premier Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$500 después del deducible
HMO Premier Bronze 18	\$500 después del deducible
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Premier Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$500 después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Ultra Select Bronze 18 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$500 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 18	\$500 después del deducible
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Ultra Select Bronze 18 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$500 después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Premier Silver 12 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	50% de coaseguro después del deducible
HMO Premier Silver 12	50% de coaseguro después del deducible
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Premier Silver 12 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	50% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Premier Silver 12 73	50% de coaseguro después del deducible

Grupo	Monto del coaseguro
HMO Premier Silver 12 87	40% de coaseguro después del deducible
HMO Premier Silver 12 94	20% de coaseguro
HMO Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	50% de coaseguro después del deducible
HMO Select Silver 19	50% de coaseguro después del deducible
HMO Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	0%
HMO Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	50% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Select Silver 19 73	50% de coaseguro después del deducible
HMO Select Silver 19 87	50% de coaseguro después del deducible
HMO Select Silver 19 94	30% de coaseguro
HMO Ultra Select Silver 19 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	50% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19	50% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan sin gastos compartidos)	0%
HMO Ultra Select Silver 19 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	50% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Ultra Select Silver 19 73	50% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 87	50% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Silver 19 94	30% de coaseguro
HMO Premier Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$350.00 después del deducible
HMO Premier Silver 20	\$350.00 después del deducible
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Premier Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$350.00 después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Premier Silver 20 73	\$350.00 después del deducible
HMO Premier Silver 20 87	\$250.00 después del deducible
HMO Premier Silver 20 94	\$150
HMO Ultra Select Silver 20 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$350.00 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20	\$350.00 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Ultra Select Silver 20 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$350.00 después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Ultra Select Silver 20 73	\$350.00 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 87	\$250.00 después del deducible
HMO Ultra Select Silver 20 94	\$150

Grupo	Monto del coaseguro
HMO Premier Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	30% de coaseguro
HMO Ultra Select Gold 001 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	30% de coaseguro
HMO Premier Gold 005 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	35% de coaseguro después del deducible
HMO Premier Gold 005	35% de coaseguro después del deducible
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Premier Gold 005 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	35% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Premier Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$250
HMO Premier Gold 21	\$250
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Premier Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$250 \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Ultra Select Gold 21 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	\$250
HMO Ultra Select Gold 21	\$250
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Ultra Select Gold 21 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	\$250 \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	40% de coaseguro después del deducible
HMO Select Gold 22	40% de coaseguro después del deducible
HMO Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	40% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal
HMO Ultra Select Gold 22 (No disponible a través del Mercado de Seguros)	40% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Gold 22	40% de coaseguro después del deducible
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan sin gastos compartidos)	\$0
HMO Ultra Select Gold 22 (Variación de plan con gastos compartidos limitados)	40% de coaseguro después del deducible \$0 cuando sea surtido a través de un centro tribal

Asistencia con el idioma

De acuerdo con las disposiciones de las leyes federales, Community Health Choice, Inc. debe brindar la siguiente información.

1. Arabic	يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. اتصل على 1.855.315.5386.
2. Chinese	本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話 1.855.315.5386。
3. English	This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.855.315.5386.
4. French	Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.855.315.5386.
5. German	Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung zu gewährleisten. Sie haben ein Recht auf die kostenfreie Bereitstellung dieser Informationen und weiterer Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.
6. Gujarati	આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજ અથવા કવરેજ વિશે મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.855.315.5386 પર કોલ કરો.
7. Hindi	इस सूचनामें महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचनामें आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजिये। आप अपने स्वास्थ्यके कवरेज रखने के लिए या लागत के मदद के लिए निश्चित समय सीमासे कार्रवाई करना जरूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में इस जानकारी और सहायता निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.855.315.5386 बुलाइये।
8. Japanese	この通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.855.315.5386までお電話ください。
9. Korean	이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험보장에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.855.315.5386로 연락하십시오.
10. Laotian	ໜັງສືແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ໜັງສືແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໃບສະໜັກຫຼືການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອກຫາຂໍ້ມູນວັນທີ່ສໍາຄັນໃນໜັງສືແຈ້ງການນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງປະຕິບັດຜ່ານໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ 1.855.315.5386.
11. Persian	این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضانامه و پوشش بیمه ای شما توسط Community Health Choice می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایند. به منظور برقرار نگهداشتن پوشش بیمه ای یا دریافت کمک هزینه، ممکن است نیاز باشد که تا مهلت های مقرر، اقداماتی را انجام دهید. حق شماسه که این اطلاعات و کمک را بطور رایگان به زبان خودتان دریافت نمایند. با شماره تلفن 1.855.315.5386 تماس بگیرید.
12. Russian	Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.855.315.5386.

13. Spanish or Spanish Creole	Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.855.315.5386.
14. Tagalog	Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulongan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalin sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.855.315.5386.
15. Urdu	اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں Community Health Choice کے ذریعے آپ کی درخواست یا بیمے کے تحفظ سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیے۔ اپنی صحت کے بیمے کے تحفظ کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ آپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں مفت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.855.315.5386 پر رابطہ کریں۔
16. Vietnamese	Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời hạn nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Xin gọi 1.855.315.5386.

Declaración de no discriminación: Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no ejerce discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas ni les brinda un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. suministra servicios y recursos de ayuda gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, por ejemplo intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos para facilitar el acceso y otros formatos). Community Health Choice, Inc. brinda servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el centro de Atención al cliente de Community Health Choice, Inc. al 1.855.315.5386. Si cree que Community Health Choice, Inc. no ha proporcionado estos servicios o ha ejercido discriminación de algún otro modo por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el área de Administración de Riesgos y Cumplimiento Corporativo (Corporate Compliance & Risk Management) está a su disposición para ayudarlo. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico:

Nombre del funcionario responsable de privacidad: Administración de Riesgos y Cumplimiento Corporativo
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 713.295.2200

Correo electrónico: Compliance@CommunityCares.com

También puede presentar un reclamo relacionado con derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). El reclamo puede presentarse por medios electrónicos a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1.800.369.1019, 900.537.7697