

## Planes Grupales de Empleadores Puntos destacados de los beneficios del plan para 2019

Nombre del plan	PLAN DISPONIBLE DENTRO Y FUERA DE COVERED CALIFORNIA
<b>SERVICIOS Y CARACTERÍSTICAS</b>	<b>Gold 80 HMO 0/30 + Child Dental</b>
Deducible anual	\$0
Límite de gastos que paga de su bolsillo	Individual \$7,200 / Familiar \$14,400
<b>MÁXIMOS DE POR VIDA</b>	Sin límite
<b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>	<b>Costo compartido del miembro</b>
Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Copago de \$0
Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$30
Consultas a especialistas	Copago de \$55
Atención de maternidad: Atención de preconcepción/prenatal/posnatal	Copago de \$0
Parto y todos los servicios para pacientes internos (Servicios de Hospital)	Copago de \$600 por día (Hasta los primeros 5 días)
Parto y todos los servicios para pacientes internos (Servicios Profesionales)	Copago de \$0
<b>SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS</b>	
Análisis de laboratorio y radiografías	Copago de \$35 (Laboratorio / Copago de \$55 (Radiografías)
Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	Copago de \$275
Cirugías: (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	Copago de \$300
Honorarios del médico/cirujano	Copago de \$40
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	
Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	Copago de \$600 por día (Hasta los primeros 5 días)
Honorarios del médico/cirujano	Copago de \$0
<b>COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA</b>	
Servicios en la sala de emergencias	Copago de \$325
Servicios Profesionales	Copago de \$0
Centro de Atención de Urgencia	Copago de \$30
<b>COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	
Deducible anual de medicamentos	\$0
Medicamentos del Nivel 1 (suministro para 30 días)	Copago de \$15
Medicamentos del Nivel 2 (suministro para 30 días)	Copago de \$55
Medicamentos del Nivel 3 (suministro para 30 días)	Copago de \$75
Medicamentos del Nivel 4 (suministro para 30 días)	Coseguro del 20% hasta \$250 por receta
<b>SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS PEDIÁTRICOS</b>	
Atención oftalmológica pediátrica necesaria (de 0 a 18 meses de edad)	
Exámenes de la vista (1 por año calendario)	Copago de \$0
Anteojos (monturas) (1 par por año calendario)	Copago de \$0
Anteojos (lentes) (1 par por año calendario) (Se proporcionan lentes de contacto en vez de anteojos)	Visión simple / bifocales / trifocales / lenticulares Copago de \$0
Anteojos (lentes de contacto)	Copago de \$0