

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

	<i>PLAN DISPONIBLE DENTRO Y FUERA DE COVERED CALIFORNIA</i>
Nombre del plan	Silver 70 HMO 2000/45 + Child Dental
SERVICIOS Y CARACTERÍSTICAS	
Deducible anual	Individual \$2,000 / Familiar \$4,000
Límite de gastos que paga de su bolsillo	Individual \$7,550 / Familiar \$15,200
MÁXIMOS DE POR VIDA	Sin límite
SERVICIOS PROFESIONALES	Costo compartido del miembro
Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Copago de \$0
Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$45
Consultas a especialistas	Copago de \$80
Atención de maternidad: Atención de preconcepción/prenatal/posnatal	Copago de \$0
Parto y todos los servicios para pacientes internos (Servicios de Hospital)	Coseguro del 20% (Después del deducible)
Parto y todos los servicios para pacientes internos (Servicios Profesionales)	Coseguro del 20%
SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS	
Análisis de laboratorio y radiografías	Copago de \$40 (Laboratorio / Copago de \$75 (Radiografías)
Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	Copago de \$300
Cirugías: (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	Coseguro del 20%
Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	
Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	Coseguro del 20% (Después del deducible)
Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%
COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA	
Servicios en la sala de emergencias	Copago de \$350
Servicios Profesionales	Copago de \$0
Centro de Atención de Urgencia	Copago de \$45
COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA	
Deducible anual de medicamentos	Individual \$200 / Familiar \$400
Medicamentos del Nivel 1 (suministro para 30 días)	Copago de \$15 (Después del deducible de la receta)
Medicamentos del Nivel 2 (suministro para 30 días)	Copago de \$55 (Después del deducible de la receta)
Medicamentos del Nivel 3 (suministro para 30 días)	Copago de \$85 (Después del deducible de la receta)
Medicamentos del Nivel 4 (suministro para 30 días)	Coseguro del 20% hasta \$250 por receta (Después del deducible de la receta)
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS PEDIÁTRICOS	
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