

Niveles: Platinum, Gold, Silver mejorado 70, y Bronze

Las cuatro opciones muestran detalladamente a continuación las opciones que son el costo más bajo y de mejor valor para usted. Usted puede comparar los beneficios que ofrece cada nivel del plan o "Metal Tier." o "Niveles de Metales". Las dos mejores opciones para usted son el Plan Mejorado de Silver 70 o el Plan de Bronze.

- Debido a su nivel de ingresos, usted califica para el Plan Mejorado de Silver 70, que proporciona asistencia con los gastos directos de su bolsillo, además de asistencia con las cuotas. El Plan Mejorado de Silver 70, cubrirá un promedio del 70% de los costos, significando que en promedio, usted sería responsable de un 30% de los costos de cuidado médico. Los Servicios cubiertos más comunes en el Plan Mejorado de Silver no tienen deducible.
- Usted también puede seleccionar un plan de Bronze. Los Planes de Bronze, cubren un promedio de 60% de costos, significando que en promedio, usted sería responsable de pagar 40% de los costos de cuidado médico. También la mayoría de servicios cubiertos por el plan de Bronze están sujetos a un deducible, o cantidad que usted debe de pagar de su bolsillo, antes que el plan cubra los costos.

Usted puede comparar los cuadros abajo, para ver cuáles serian sus costos en cada plan. Es importante entender los beneficios y riesgos, y determinar la cantidad de cuidado médico que vaya a utilizar. Mientras que el plan de Bronze tiene la cuota mensual más barata, el Plan Mejorado de Silver ofrece un menor riesgo de gastos de su bolsillo, haciendo que esto tenga un mejor precio para la mayoría de la gente.

BENEFICIOS ESTÁNDAR PARA PERSONAS

| Beneficios claves                                                                                      | Bronze 60                                         | Silver 70                                                  | Gold 80                                                                                                       | Platinum 90                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                                        | Los beneficios en azul están sujetos a deducibles |                                                            | Los copagos en negro no están sujetos a ningún deducible y cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo |                                                           |
| Deducible                                                                                              | \$5,000<br>Deducible médico y por medicamentos    | \$2,000<br>Deducible médico<br>\$250 brand drug deductible | Sin deducible                                                                                                 | Sin deducible                                             |
| Family Deductible                                                                                      | \$10,000 deducible                                | \$4,000<br>Deducible médico<br>\$500 brand drug deductible | Sin deducible                                                                                                 | Sin deducible                                             |
| Copago por atención preventiva <sup>1</sup>                                                            | Sin costo                                         | Sin costo                                                  | Sin costo                                                                                                     | Sin costo                                                 |
| Copago por consulta de cuidado personal                                                                | \$60 <sup>2</sup>                                 | \$45                                                       | \$30                                                                                                          | \$20                                                      |
| Copago por consulta de cuidado especializado                                                           | \$70                                              | \$65                                                       | \$50                                                                                                          | \$40                                                      |
| Copago por visita para cuidado de urgencias                                                            | \$120 <sup>2</sup>                                | \$90                                                       | \$60                                                                                                          | \$40                                                      |
| Copago por medicación genérica                                                                         | \$15                                              | \$15                                                       | \$15                                                                                                          | \$5                                                       |
| Copago por análisis de laboratorio                                                                     | 30%                                               | \$45                                                       | \$30                                                                                                          | \$20                                                      |
| Copago por Radiografías                                                                                | 30%                                               | \$65                                                       | \$50                                                                                                          | \$40                                                      |
| Copago por sala de emergencias                                                                         | \$300                                             | \$250                                                      | \$250                                                                                                         | \$150                                                     |
| Servicios de costo alto y poco frecuentes (p.ej. Cuidado hospitalario y cirugía como paciente externo) | 30% De la tarifa negociada de su plan             | 20% De la tarifa negociada de su plan                      | HMO<br>Cirugía como paciente externo: \$600<br>Hospital: \$600 por día, hasta 5 días<br>PPO - 20%             | HMO<br>Hospital: \$250 por día, hasta 5 días<br>PPO - 10% |
| Copago por marca preferida después del deducible por medicamentos (si los hay)                         | \$50                                              | \$50                                                       | \$50                                                                                                          | \$15                                                      |
| Máximo de gastos de bolsillo para una persona                                                          | \$6,250                                           | \$6,250                                                    | \$6,250                                                                                                       | \$4,000                                                   |
| Máximo de gastos de bolsillo por familia                                                               | \$12,500                                          | \$12,500                                                   | \$12,500                                                                                                      | \$8,000                                                   |

<sup>1</sup> solamente de la red

<sup>2</sup> First 3 visits each year are not subject to the deductible