



2027 Diseños de beneficios centrados en el paciente y costos médicos compartidos

Los beneficios en color beige oscuro NO están sujetos al deducible.

Los beneficios en color naranja están sujetos al deducible después de las tres primeras visitas.

Por el bien de los californianos

- Los precios de los medicamentos son por suministro de 30 días.
- Deducible = El monto que usted paga antes de que el plan realice algún pago.
1. El copago se aplica a cualquier combinación de servicios (especialistas) durante las tres primeras visitas. Después de las tres visitas, las visitas futuras se cobrarán a costo total hasta que se haya cubierto el deducible médico.
 2. El precio se aplica una vez que se ha cubierto el monto del deducible de farmacia.
 3. Consulte la Evidencia de Cobertura del plan para conocer los costos compartidos de los estudios de imágenes.

Covered California puede aprobar desviaciones de los diseños de los planes de beneficios para ciertos servicios, caso por caso, si resulta necesario para cumplir con la ley de Paridad de Salud Mental de California o la ley federal de Paridad de Salud Mental y Equidad en la Adicción (MHPAEA, por sus siglas en inglés).

	COBERTURA MÍNIMA Cubre el 0% hasta alcanzar el máximo gasto de bolsillo	BRONZE Cubre el 60% del costo promedio anual	SILVER Cubre el 70% del costo promedio anual¹	SILVER 73 Cubre el 73% del costo promedio anual¹	SILVER 87 Cubre el 87% del costo promedio anual¹	SILVER 94 Cubre el 94% del costo promedio anual¹	GOLD Cubre el 80% del costo promedio anual	PLATINUM Cubre el 90% del costo promedio anual
Reducción de costos compartidos Rango de ingreso individual	N/A	N/A	N/A	\$31,921–\$39,900 (>200% a <250% del Nivel Federal de Pobreza)	\$23,941–\$31,920 (>150% a <200% del Nivel Federal de Pobreza)	Hasta \$23,940 (>100% a <150% del Nivel Federal de Pobreza)	N/A	N/A
Consulta de atención preventiva gratuita	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Consulta de atención primaria	Costo total por consulta hasta alcanzar el máximo gasto de bolsillo (después de las tres primeras visitas no preventivas)	\$60	\$50	\$50	\$15	\$5	\$40	\$20
Visita de atención urgente		\$60	\$50	\$50	\$15	\$5	\$40	\$20
Visita con especialista	Costo total por servicio hasta alcanzar el máximo gasto de bolsillo	\$100¹	\$100	\$100	\$30	\$8	\$80	\$45
Sala de emergencia		40% después de cubrir el deducible	\$400	\$400	\$200	\$50	\$350	\$225
Pruebas de laboratorio		\$50	\$50	\$50	\$35	\$10	\$40	\$25
Rayos X y diagnósticos		40% después de cubrir el deducible	\$95	\$95	\$50	\$10	\$85	\$35
Imágenes médicas			\$325	\$325	\$100	\$50	\$125 de copago o 25% de coseguro³	\$90 de copago o 15% de coseguro³
Nivel 1 (Medicamentos genéricos)	Costo total por receta hasta alcanzar el máximo gasto de bolsillo	\$20	\$20	\$20	\$10	\$3	\$19	\$10
Nivel 2 (Medicamentos preferidos)		El 40% hasta \$500 por receta después de cubrir el deducible de medicamentos	\$65²	\$55²	\$30²	\$10	\$60	\$25
Nivel 3 (Medicamentos no preferidos)			\$95²	\$95²	\$50²	\$15	\$90	\$45
Nivel 4 (Medicamentos especializados)			20% hasta \$250² por receta	20% hasta \$250 por receta	20% hasta \$250 por receta	10% hasta \$150 por receta	20% hasta \$250 por receta	10% hasta \$250 por receta
Deducible médico	N/A	Individual: \$5,800 Familia: \$11,600	Individual: \$4,700 Familia: \$9,400	Individual: \$4,700 Familia: \$9,400	Individual: \$1,100 Familia: \$2,200	Individual: \$200 Familia: \$400	N/A	N/A
Deducible de farmacia	N/A	Individual: \$450 Familia: \$900	Individual: \$50 Familia: \$100	Individual: \$50 Familia: \$100	Individual: \$50 Familia: \$100	N/A	N/A	N/A
Máximo de gastos de bolsillo anual	Individual: \$12,000 Familia: \$24,000	Individual: \$11,650 Familia: \$23,300	Individual: \$11,650 Familia: \$23,300	Individual: \$9,600 Familia: \$19,200	Individual: \$4,000 Familia: \$8,000	Individual: \$3,000 Familia: \$6,000	Individual: \$9,600 Familia: \$19,200	Individual: \$5,500 Familia: \$11,000