



















Plan Benefits	HMO Plata Copago 3800	HMO Plata* Copago 3800 FPL (201%-250%)	HMO Plata* Copago 3800 FPL (151%-200%)	HMO Plata* Copago 3800 FPL (100%-150%)	HMO Plata Copago 4500†
Deducible Médico <i>Individual/Familiar</i>	\$3,800 / \$7,600	\$3,450 / \$6,900	\$800 / \$1,600	\$0 / \$0	\$4,500 / \$9,000
Deducible de Medicamentos <i>Individual/Familiar</i>	\$0 / \$0	\$0 / \$0	\$0 / \$0	\$0 / \$0	\$0 / \$0
Copago de Atención Preventiva	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo
Copago de Visita de Cuidados Primarios	\$30	\$30	\$10	\$30	\$25
Copago de Visita de Atención Primaria Pediátrica (Edades 0-19)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Copago de Visita de Atención Especializada	\$60	\$60	\$30	\$50	\$50
Copago de Paciente Hospitalizado	30% ¹	30% ¹	20% ¹	20% ¹	20% ¹
Copago de Paciente No Hospitalizado	30% ¹	30% ¹	20% ¹	\$600	20% ¹
Copago de Sala de Emergencias	\$500 ¹	\$500 ¹	\$500 ¹	\$500	\$500 ¹
Copago de Atención Urgente	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50
Copago de Radiografía/Análisis de Rutina	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo
Copago de Diagnóstico por Imágenes (Resonancia Magnética, Tomografía Computada)	\$250 por examen ¹	\$250 por examen ¹	\$250 por examen ¹	\$250 por examen ¹	\$250 por examen ¹
Medicamentos					
<i>Nivel I</i>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<i>Nivel II</i>	\$20	\$20	\$10	\$10	\$20
<i>Nivel III</i>	\$50	\$50	\$30	\$30	\$50
<i>Nivel IV</i>	\$100	\$100	\$70	\$70	\$100
<i>Nivel V</i>	40%	40%	30%	30%	40%
Formulario	Enlace	Enlace	Enlace	Enlace	Enlace
Comparación de Costos de Medicamentos	Enlace	Enlace	Enlace	Enlace	Enlace
Gasto Máximo <i>Individual/Familiar</i>	\$7,350 / \$14,700	\$5,850 / \$11,700	\$2,450 / \$4,900	\$1,000 / \$2,000	\$7,350 / \$14,700
Plan ID	26539TX0140003-00	26539TX0140003-04	26539TX0140003-05	26539TX0140003-06	26539TX0140010-00
Resumen de beneficios y cobertura (SBC)					
Documentos del Plan					

*Planes de costos compartidos más bajos disponibles en escala descendente, según el Nivel Federal de Pobreza (FPL) – 26539TX0140003-04 (201-250%), 26539TX0140003-05 (151-200%), 26539TX0140003-06 (100-150%), 26539TX0140008-04 (201-250%), 26539TX0140008-05 (151-200%), 26539TX0140008-06 (100-150%)

¹Luego de satisfacer el deducible médico

†HMO Plata Copago 4500—Este plan solo se ofrece fuera de bolsa

**Haga clic aquí para
Buscar un Prestador**

Plan Benefits	HMO Plata HSA 100%	HMO Plata* HSA 100% FPL (201%-250%)	HMO Plata* HSA 100% FPL (151%-200%)	HMO Plata* HSA 100% FPL (100%-150%)
Deducible Médico <i>Individual/Familiar</i>	\$5,000 / \$10,000	\$3,350 / \$6,700	\$1,250 / \$2,500	\$550 / \$1,100
Deducible de Medicamentos <i>Individual/Familiar</i>	<i>Integrated with Medical</i>	<i>Integrated with Medical</i>	<i>Integrated with Medical</i>	<i>Integrated with Medical</i>
Copago de Atención Preventiva	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo
Copago de Visita de Cuidados Primarios	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Copago de Visita de Atención Primaria Pediátrica (Edades 0-19)	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Copago de Visita de Atención Especializada	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Copago de Paciente Hospitalizado	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Copago de Paciente No Hospitalizado	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Copago de Sala de Emergencias	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Copago de Atención Urgente	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Copago de Radiografía/Análisis de Rutina	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo	Sin Costo
Copago de Diagnóstico por Imágenes (Resonancia Magnética, Tomografía Computada)	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Medicamentos				
<i>Nivel I</i>	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
<i>Nivel II</i>	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
<i>Nivel III</i>	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
<i>Nivel IV</i>	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
<i>Nivel V</i>	0% ¹	0% ¹	0% ¹	0% ¹
Formulario	Enlace	Enlace	Enlace	Enlace
Comparación de Costos de Medicamentos	Enlace	Enlace	Enlace	Enlace
Gasto Máximo <i>Individual/Familiar</i>	\$5,000 / \$10,000	\$3,350 / \$6,700	\$1,250 / \$2,500	\$550 / \$1,100
Plan ID	26539TX0140008-00	26539TX0140008-04	26539TX0140008-05	26539TX0140008-06
Resumen de beneficios y cobertura (SBC)				
Documentos del Plan				

*Planes de costos compartidos más bajos disponibles en escala descendente, según el Nivel Federal de Pobreza (FPL) – 26539TX0140003-04 (201-250%), 26539TX0140003-05 (151-200%), 26539TX0140003-06 (100-150%), 26539TX0140008-04 (201-250%), 26539TX0140008-05 (151-200%), 26539TX0140008-06 (100-150%)
¹Luego de satisfacer el deducible médico

**Haga clic aquí para
Buscar un Prestador**