

## 2017 Planes de Grupos Pequeños - HMO Planes de Plata

FirstCare Health Plans ofrece planes que son fáciles de usar y comprender. Encontrará que nuestra oferta combina el valor, la elección y el acceso conveniente a los proveedores que conoce y en quienes confía. Para obtener más información, vaya a [FirstCare.com](http://FirstCare.com), llame al **1.800.884.4901**, o envíenos un correo electrónico a [cservice@firstcare.com](mailto:cservice@firstcare.com).

<b>Beneficios del Plan*</b>	<b>HMO Plata</b> 26539TX0130003-00 26539TX0130010-00 Coseguro 3100	<b>HMO Plata</b> 26539TX0130017-00 26539TX0130019-00 Coseguro 4500	<b>HMO Plata</b> 26539TX0130006-00 26539TX0130011-00 Copago	<b>HMO Plata</b> 26539TX0130016-00 26539TX0130015-00 HSA (100%)
<b>Deducible Médico (si lo hay)</b> <i>(Individual/Familiar)</i>	\$3,100/\$6,200	\$4,500/\$9,000	\$3,700/\$7,400	\$3,750/\$7,500
<b>Deducible Medicamentos (si lo hay)</b> <i>(Individual/Familiar)</i>	\$0/\$0	\$0/\$0	\$0/\$0	<i>Integrado con Médico</i>
<b>Copago de Atención Preventiva</b>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Copago de Visita de Atención Primaria<sup>1</sup></b>	\$25	\$25	\$25	0% <sup>2</sup>
<b>Copago de Visita de Atención Especializada</b>	\$50	\$50	\$50	0% <sup>2</sup>
<b>Copago de Paciente Hospitalizado</b>	20% <sup>2</sup>	20% <sup>2</sup>	\$600 por día <sup>2</sup> , sin exceder \$3,000 por estadía	0% <sup>2</sup>
<b>Copago de Paciente Ambulatorio</b>	20% <sup>2</sup>	20% <sup>2</sup>	\$600 <sup>2</sup>	0% <sup>2</sup>
<b>Copago de Sala de Emergencias</b>	\$500 <sup>2</sup>	\$500 <sup>2</sup>	\$500 <sup>2</sup>	0% <sup>2</sup>
<b>Copago de Atención de Urgencia</b>	\$50	\$50	\$50	0% <sup>2</sup>
<b>Copago de Radiografía/Análisis de Rutina</b>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	0% <sup>2</sup>
<b>Copago de Imágenes</b> <i>(Resonancia, Tomografía, Escaneos)</i>	\$250 por examen <sup>2</sup>	\$250 por examen <sup>2</sup>	\$250 por examen <sup>2</sup>	0% <sup>2</sup>
<b>Copagos de Medicamentos:</b>				
• <i>Nivel I</i>	\$0	\$0	\$0	0% <sup>2</sup>
• <i>Nivel II</i>	\$20	\$10	\$20	0% <sup>2</sup>
• <i>Nivel III</i>	\$50	\$50	\$50	0% <sup>2</sup>
• <i>Nivel IV</i>	\$100	\$100	\$100	0% <sup>2</sup>
• <i>Nivel V</i>	40%	40%	40%	0% <sup>2</sup>
<b>Gasto Corriente Máximo</b> <i>(Individual/Familiar)</i>	\$7,150/\$14,300	\$6,000/\$12,000	\$6,850/\$13,700	\$3,750/\$7,500

\*Todos los planes basados en el beneficio del año calendario

<sup>1</sup>Sin copago para dependientes, hasta la edad de 19 años

<sup>2</sup>Luego del Deducible Médico

NOTA: Este cuadro solo resume los beneficios cubiertos dentro de la red. Consulte los documentos del plan para conocer los detalles de la cobertura, incluidas las exclusiones y limitaciones.