

# DISEÑO DE PLANES COMMUNITY 2024



## Bronze

| PLANES/VISITAS   | PREMIER BRONZE 003<br>ID DEL PLAN 27248TX0010003 | PREMIER VIRTUAL BRONZE 11<br>ID DEL PLAN 27248TX0010011                       | SELECT BRONZE 016<br>ID DEL PLAN 27248TX0010016                               | PREMIER BRONZE 18<br>ID DEL PLAN 27248TX0010018 |       |
|--|--|---|---|---|-------|
| Deducible médico (individual/familiar)   | \$7,700 / \$15,400                               | \$9,450 / \$18,900  | \$8,100 / \$16,200  | \$7,500 / \$15,000                              |       |
| Límite de gastos de bolsillo (individual/familiar)   | \$9,450 / \$18,900                               | \$9,450 / \$18,900  | \$9,450 / \$18,900  | \$9,400 / \$18,800                              |       |
| <b>BENEFICIOS MÉDICOS</b>  | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>             |   |   |   |       |
| Visita al consultorio del PCP  | *\$40  | *Nivel 1 (Doctor On Demand): \$0<br>Nivel 2: Sin cargos después del deducible | *\$35   | *\$50   |       |
| Visita en consultorio a especialistas  | \$70   | Sin cargos después del deducible  | \$90  | *\$100  |       |
| Centro para pacientes ambulatorios   | 40%  |   | 50%   | 50%   |       |
| Cirugía para Pacientes Ambulatorios  | 40%  |   | 50%   | 50%   |       |
| Servicios de Atención Urgente  | *\$70  |   | *\$90   | *\$75   |       |
| Servicios de ambulancia  | \$70   |   | \$90  | \$100   |       |
| Servicios de sala de emergencias   | 40%  |   | 50%   | 50%   |       |
| Servicios de hospitalización   | 40%  |   | 50%   | 50%   |       |
| Centro de enfermería especializada para pacientes internados   | 40%  |   | 50%   | 50%   |       |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios   | *\$40  |   | *Nivel 1 (Doctor On Demand): \$0<br>Nivel 2: Sin cargos después del deducible | *\$35   | *\$50 |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes internados   | 40%  |   | Sin cargos después del deducible  | 50%   | 50%   |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios   | \$70   | \$90  |   | \$100   |       |
| Estudios de imágenes: tomografías computadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (IRM)               | 40%  | 50%   |   | 50%   |       |
| Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas de diagnóstico por imágenes de rutina   | \$40   |   | \$35  | 50%   |       |
| <b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b>   | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>             |   |   |   |       |
| Deducible para medicamentos con receta (individual/familiar)<br>(Suministro de 90 días pedido por correo disponible a 2.5 veces el copago) | Combinado con el deducible médico                | Combinado con el deducible médico   | Combinado con el deducible médico   | Combinado con el deducible médico               |       |
| Medicamento genérico   | *\$16  | Sin cargos después del deducible  | *\$30   | *\$25   |       |
| Medicamentos de marca preferidos   | \$70   |   | \$60  | \$50  |       |
| Medicamentos de marca no preferida   | \$120  |   | \$130   | \$100   |       |
| Medicamentos especializados de alto costo  | 45%  |   | 50%   | \$500   |       |

\* Los servicios están exentos del deducible cuando se indique (médico de cabecera [PCP]/especialista/atención de urgencia/recetas de genéricos). Para planes con deducibles: Todo coseguro/copago se aplica después de que se alcanza el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.

# DISEÑO DE PLANES COMMUNITY 2024



## Gold

| PLANES/VISITAS  | PREMIER GOLD 001 FUERA DEL MERCADO<br>ID DEL PLAN 27248TX0010001 | PREMIER GOLD 005<br>ID DEL PLAN 27248TX0010005 | PREMIER GOLD 021<br>ID DEL PLAN 27248TX0010021 | SELECT GOLD 022<br>ID DEL PLAN 27248TX0010022 |
|---|--|--|--|---|
| Deducible médico (individual/familiar)  | N/C  | \$1,600/\$3,200                                | \$1,500/\$3,000                                | \$1,800/\$3,600                               |
| Límite de gastos de bolsillo (individual/familiar)  | \$9,450 / \$18,900   | \$9,450 / \$18,900                             | \$8,700 / \$17,400                             | \$9,450 / \$18,900                            |
| <b>BENEFICIOS MÉDICOS</b>   | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>                             |  |  |   |
| Visita al consultorio del PCP   | \$30   | *\$20  | *\$30  | *\$15   |
| Visita en consultorio a especialistas   | \$65   | *\$40  | *\$60  | *\$30   |
| Centro para pacientes ambulatorios  | \$300  | 25%  | 25%  | 30%   |
| Cirugía para Pacientes Ambulatorios   | \$300  | 25%  | 25%  | 30%   |
| Servicios de Atención Urgente   | \$65   | *\$40  | *\$45  | *\$30   |
| Servicios de ambulancia   | \$65   | \$40   | \$60   | \$30  |
| Servicios de sala de emergencias  | \$800  | 25%  | 25%  | 30%   |
| Servicios de hospitalización  | **\$800  | 25%  | 25%  | 30%   |
| Centro de enfermería especializada para pacientes internados  | **\$800  | 25%  | 25%  | 30%   |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios  | \$30   | *\$20  | *\$30  | *\$15   |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes internados  | **\$800  | 25%  | 25%  | 30%   |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios  | \$65   | \$40   | *\$30  | \$30  |
| Estudios de imágenes: tomografías computadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (IRM)            | \$500  | 25%  | 25%  | 30%   |
| Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas de diagnóstico por imágenes de rutina  | \$30   | \$20   | 25%  | \$15  |
| <b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b>  | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>                             |  |  |   |
| Deducible para medicamentos con receta (individual/familiar) (Suministro de 90 días pedido por correo disponible a 2.5 veces el copago) | N/C  | Combinado con el deducible médico              | Combinado con el deducible médico              | Combinado con el deducible médico             |
| Medicamento genérico  | \$25   | *\$10  | *\$15  | *\$10   |
| Medicamentos de marca preferidos  | \$40   | \$50   | *\$30  | *\$50   |
| Medicamentos de marca no preferida  | \$80   | \$75   | *\$60  | \$100   |
| Medicamentos especializados de alto costo   | 30%  | 35%  | *\$250   | 40%   |

\* Los servicios están exentos del deducible cuando se indique (médico de cabecera [PCP]/especialista/atención de urgencia/recetas de genéricos).

\*\* Se aplica un copago por los primeros 5 días de admisión para todos los servicios de hospitalización.

Para planes con deducibles: Todo coseguro/copago se aplica después de que se alcanza el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.

# DISEÑO DE PLANES COMMUNITY 2024



## Silver

| PLANES/VISITAS  | COMMUNITY PREMIER SILVER 004 ID DE PLAN 27248TX0010004      |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   | SILVER 004<br>251% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) Y MÁS | SILVER 004 (73)<br>201% A 250% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) | SILVER 004 (87)<br>151% A 200% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) | SILVER 004 (94)<br>100% A 150% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) |
| Deducible médico (individual/familiar)  | \$3,300 / \$6,600   | \$3,200 / \$6,400   | N/C   | N/C   |
| Límite de gastos de bolsillo (individual/familiar)  | \$9,450 / \$18,900  | \$7,500 / \$15,000  | \$3,000 / \$6,000   | \$2,000 / \$4,000   |
| <b>BENEFICIOS MÉDICOS</b>   | COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO                               |   |   |   |
| Visita al consultorio del PCP   | *\$30   | *\$30   | \$25  | \$10  |
| Visita en consultorio a especialistas   | *\$60   | *\$60   | \$50  | \$20  |
| Centro para pacientes ambulatorios  | 40%   | 40%   | 40%   | 10%   |
| Cirugía para Pacientes Ambulatorios   | 40%   | 40%   | 40%   | 10%   |
| Servicios de Atención Urgente   | *\$60   | *\$60   | \$50  | \$20  |
| Servicios de ambulancia   | \$60  | \$60  | \$50  | \$20  |
| Servicios de sala de emergencias  | 40%   | 40%   | 40%   | 10%   |
| Servicios de hospitalización  | 40%   | 40%   | 40%   | 10%   |
| Centro de enfermería especializada para pacientes internados  | 40%   | 40%   | 40%   | 10%   |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios  | *\$30   | *\$30   | \$25  | \$10  |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes internados  | 40%   | 40%   | 40%   | 10%   |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios  | \$60  | \$60  | \$50  | \$10  |
| Estudios de imágenes: tomografías computadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (IRM)            | 40%   | 40%   | 40%   | 10%   |
| Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas de diagnóstico por imágenes de rutina  | \$30  | \$30  | \$25  | \$10  |
| <b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b>  | COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO                               |   |   |   |
| Deducible para medicamentos con receta (individual/familiar) (Suministro de 90 días pedido por correo disponible a 2.5 veces el copago) | Combinado con el deducible médico                           | Combinado con el deducible médico                                 | N/C   | N/C   |
| Medicamento genérico  | *\$10   | *\$10   | \$10  | \$5   |
| Medicamentos de marca preferidos  | \$70  | \$60  | \$50  | \$20  |
| Medicamentos de marca no preferida  | \$110   | \$100   | \$85  | \$40  |
| Medicamentos especializados de alto costo   | 50%   | 40%   | 30%   | 20%   |

\* Los servicios están exentos del deducible cuando se indique (médico de cabecera [PCP]/especialista/atención de urgencia/recetas de genéricos). Para planes con deducibles: Todo coseguro/copago se aplica después de que se alcanza el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.

# DISEÑO DE PLANES COMMUNITY 2024



## Silver

| PLANES/VISITAS  | COMMUNITY PREMIER SILVER 12 ID DE PLAN 27248TX0010012               |   |   |  | COMMUNITY PREMIER SILVER 13 ID DE PLAN 27248TX0010013               |   |  |  |
|---|---|---|---|--|---|---|--|--|
|   | SILVER 12<br>251% DEL NIVEL<br>FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) Y<br>MÁS | SILVER 12 (73)<br>201% A 250%<br>DEL NIVEL<br>FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 12 (87)<br>151% A 200%<br>DEL NIVEL<br>FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 12 (94)<br>100% A 150% DEL<br>NIVEL FEDERAL<br>DE POBREZA (FPL) | SILVER 13<br>251% DEL NIVEL<br>FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) Y<br>MÁS | SILVER 13 (73)<br>201% A 250%<br>DEL NIVEL<br>FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 13 (87)<br>151% A 200% DEL<br>NIVEL FEDERAL<br>DE POBREZA (FPL) | SILVER 13 (94)<br>100% A 150% DEL<br>NIVEL FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) |
| Deducible médico (individual/familiar)  | \$3,000 / \$6,000   | \$2,500 / \$5,000   | \$500 / \$1,000   | N/C  | \$9,100 / \$18,200  | \$7,500 / \$15,000  | \$2,200 / \$4,400  | \$700 / \$1,400  |
| Límite de gastos de bolsillo (individual/familiar)  | \$9,450 / \$18,900  | \$7,100 / \$14,200  | \$2,500 / \$5,000   | \$1,800 / \$3,600  | \$9,100 / \$18,200  | \$7,500 / \$15,000  | \$2,200 / \$4,400  | \$700 / \$1,400  |
| <b>BENEFICIOS MÉDICOS</b>   | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>                                |   |   |  |   |   |  |  |
| Visita al consultorio del PCP   | *\$30   | *\$30   | *\$25   | \$10   | *\$10   | *\$10   | *\$10  | *\$5   |
| Visita en consultorio a especialistas   | \$60  | \$60  | \$50  | \$20   | *\$20   | *\$15   | *\$15  | *\$10  |
| Centro para pacientes ambulatorios  | 50%   | 50%   | 30%   | 10%  | Sin cargos después del deducible                                    | Sin cargos después del deducible  | Sin cargos después del deducible                                       | Sin cargos después del deducible                                       |
| Cirugía para Pacientes Ambulatorios   | 50%   | 50%   | 30%   | 10%  |   |   |  |  |
| Servicios de Atención Urgente   | *\$60   | *\$60   | *\$50   | \$20   | *\$20   | *\$15   | *\$15  | *\$10  |
| Servicios de ambulancia   | \$60  | \$60  | \$50  | \$20   | Sin cargos después del deducible                                    | Sin cargos después del deducible  | Sin cargos después del deducible                                       | Sin cargos después del deducible                                       |
| Servicios de sala de emergencias  | 50%   | 50%   | 40%   | 10%  |   |   |  |  |
| Servicios de hospitalización  | 50%   | 50%   | 40%   | 10%  |   |   |  |  |
| Centro de enfermería especializada para pacientes internados  | 50%   | 50%   | 40%   | 10%  | Sin cargos después del deducible                                    | Sin cargos después del deducible  | Sin cargos después del deducible                                       | Sin cargos después del deducible                                       |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios  | *\$30   | *\$30   | *\$25   | \$10   |   |   |  |  |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes internados  | 50%   | 50%   | 40%   | 10%  | Sin cargos después del deducible                                    | Sin cargos después del deducible  | Sin cargos después del deducible                                       | Sin cargos después del deducible                                       |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios  | \$60  | \$60  | \$50  | \$20   |   |   |  |  |
| Estudios de imágenes: tomografías computadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (IRM)            | 50%   | 50%   | 40%   | 10%  |   |   |  |  |
| Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas de diagnóstico por imágenes de rutina  | \$30  | \$30  | \$25  | \$10   |   |   |  |  |
| <b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b>  | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>                                |   |   |  |   |   |  |  |
| Deducible para medicamentos con receta (individual/familiar) (Suministro de 90 días pedido por correo disponible a 2.5 veces el copago) | Combinado con el deducible médico                                   | Combinado con el deducible médico   | Combinado con el deducible médico   | N/C  | Combinado con el deducible médico                                   | Combinado con el deducible médico   | Combinado con el deducible médico                                      | Combinado con el deducible médico                                      |
| Medicamento genérico  | *\$10   | *\$10   | *\$5  | \$5  | *\$10   | *\$5  | *\$5   | *\$5   |
| Medicamentos de marca preferidos  | \$80  | \$80  | \$70  | \$20   | Sin cargos después del deducible                                    | Sin cargos después del deducible  | Sin cargos después del deducible                                       | Sin cargos después del deducible                                       |
| Medicamentos de marca no preferida  | \$120   | \$120   | \$100   | \$40   |   |   |  |  |
| Medicamentos especializados de alto costo   | 50%   | 50%   | 40%   | 20%  |   |   |  |  |

\* Los servicios están exentos del deducible cuando se indique (médico de cabecera [PCP]/especialista/atención de urgencia/recetas de genéricos). Para planes con deducibles: Todo coseguro/copago se aplica después de que se alcanza el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.

# DISEÑO DE PLANES COMMUNITY 2024



## Silver

| PLANES/VISITAS  | COMMUNITY SELECT SILVER 19 ID DEL PLAN 27248TX0010019               |  |  |  | COMMUNITY PREMIER SILVER 20 ID DE PLAN 27248TX0010020               |  |  |  |
|---|---|--|--|--|---|--|--|--|
|   | SILVER 19<br>251% DEL NIVEL<br>FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) Y<br>MÁS | SILVER 19 (73)<br>201% A 250% DEL<br>NIVEL FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 19 (87)<br>151% A 200% DEL<br>NIVEL FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 19 (94)<br>100% A 150% DEL<br>NIVEL FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 20<br>251% DEL NIVEL<br>FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) Y<br>MÁS | SILVER 20 (73)<br>201% A 250% DEL<br>NIVEL FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 20 (87)<br>151% A 200% DEL<br>NIVEL FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) | SILVER 20 (94)<br>100% A 150% DEL<br>NIVEL FEDERAL DE<br>POBREZA (FPL) |
| Deducible médico (individual/familiar)  | \$4,500 / \$9,000   | \$3,500 / \$7,000  | \$500 / \$1,000  | N/C  | \$5,900 / \$11,800  | \$5,700 / \$11,400   | \$700 / \$1,400  | N/C  |
| Límite de gastos de bolsillo (individual/familiar)  | \$9,100 / \$18,200  | \$7,250 / \$14,500   | \$3,000 / \$6,000  | \$1,600 / \$3,200  | \$9,100 / \$18,200  | \$7,200 / \$14,400   | \$3,000 / \$6,000  | \$1,800 / \$3,600  |
| <b>BENEFICIOS MÉDICOS</b>   | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>                                |  |  |  |   |  |  |  |
| Visita al consultorio del PCP   | *\$30   | *\$30  | *\$20  | \$5  | *\$40   | *\$40  | *\$20  | \$0  |
| Visita en consultorio a especialistas   | *\$80   | *\$80  | *\$40  | \$25   | *\$80   | *\$80  | *\$40  | \$10   |
| Centro para pacientes ambulatorios  | 40%   | 30%  | 30%  | 10%  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| Cirugía para Pacientes Ambulatorios   | 40%   | 30%  | 30%  | 10%  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| Servicios de Atención Urgente   | *\$80   | *\$80  | *\$40  | \$25   | *\$60   | *\$60  | *\$30  | \$5  |
| Servicios de ambulancia   | \$80  | \$80   | \$40   | \$25   | \$80  | \$60   | \$40   | \$10   |
| Servicios de sala de emergencias  | 40%   | 30%  | 30%  | 10%  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| Servicios de hospitalización  | 40%   | 30%  | 30%  | 10%  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| Centro de enfermería especializada para pacientes internados  | 40%   | 30%  | 30%  | 10%  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios  | *\$30   | *\$30  | *\$20  | \$5  | *\$40   | *\$40  | *\$20  | \$0  |
| Servicios de salud mental/conductual y abuso de sustancias para pacientes internados  | 40%   | 30%  | 30%  | 10%  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios  | \$80  | \$80   | \$40   | \$25   | *\$40   | *\$30  | *\$20  | \$0  |
| Estudios de imágenes: tomografías computadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (IRM)            | 40%   | 30%  | 30%  | 10%  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas de diagnóstico por imágenes de rutina  | \$30  | \$30   | \$20   | \$5  | 40%   | 40%  | 30%  | 25%  |
| <b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b>  | <b>COPAGOS/COSEGUROS DEL MIEMBRO</b>                                |  |  |  |   |  |  |  |
| Deducible para medicamentos con receta (individual/familiar) (Suministro de 90 días pedido por correo disponible a 2.5 veces el copago) | Combinado con el deducible médico                                   | Combinado con el deducible médico                                      | Combinado con el deducible médico                                      | N/C  | Combinado con el deducible médico                                   | Combinado con el deducible médico                                      | Combinado con el deducible médico                                      | N/C  |
| Medicamento genérico  | *\$10   | *\$10  | *\$10  | \$5  | *\$20   | *\$20  | *\$10  | \$0  |
| Medicamentos de marca preferidos  | \$40  | \$40   | \$25   | \$15   | *\$40   | *\$40  | *\$20  | \$15   |
| Medicamentos de marca no preferida  | \$100   | \$80   | \$60   | \$40   | \$80  | \$80   | \$60   | \$50   |
| Medicamentos especializados de alto costo   | 50%   | 50%  | 50%  | 30%  | \$350   | \$350  | \$250  | \$150  |

\* Los servicios están exentos del deducible cuando se indique (médico de cabecera [PCP]/especialista/atención de urgencia/recetas de genéricos). Para planes con deducibles: Todo coseguro/copago se aplica después de que se alcanza el deducible anual, a menos que se indique lo contrario.