

LOS PLANES PARA 2023 EN UN VISTAZO



BENEFICIOS: RESUMEN DE LOS COPAGOS Y COSEGURO DEL PLAN	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	Minimum Coverage HMO ²
Deducible anual¹ (individual/familiar)	\$0	\$0	\$4,750/\$9,500	\$75/\$150	\$800/\$1,600	\$4,750/\$9,500	\$6,300/\$12,600	\$9,100/\$18,200
Máximo de bolsillo anual¹ (individual/familiar)	\$4,500/\$9,000	\$8,550/\$17,100	\$8,750/\$17,500	\$900/\$1,800	\$3,000/\$6,000	\$7,250/\$14,500	\$8,200/\$16,400	\$9,100/\$17,400
Deducible anual de farmacia¹ (individual/familiar)	\$0	\$0	\$85/\$170	\$0	\$25/\$50	\$30/\$60	\$500/\$1,000	N/A

COPAGO DE VISITAS AL CONSULTORIO

Servicios de atención médica que incluyen consultas prenatales, visitas de prevención infantil, planificación familiar	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$15	\$35	\$45	\$5	\$15	\$45	\$65 ⁶	0% ⁶
Visita al consultorio de un especialista	\$30	\$65	\$85	\$8	\$25	\$85	\$95 ⁶	0%
Visitas de salud mental y por consumo de sustancias	\$15	\$35	\$45	\$5	\$15	\$45	\$65 ⁶	0% ⁶

ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA Y DE EMERGENCIA

Visita de atención médica de urgencia	\$15	\$35	\$45	\$5	\$15	\$45	\$65 ⁶	0% ⁶
Sala de emergencias³	\$150	\$350	\$400	\$50	\$150	\$400	40%	0%

SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Hospitalización	\$250 por día ⁴	\$350 por día ⁴	30%	10%	25%	30%	40%	0%
Embarazo (trabajo de parto y parto)	\$250 por día ⁴	\$350 por día ⁴	30%	10%	25%	30%	40%	0%

SERVICIOS AMBULATORIOS

Cirugía ambulatoria	\$100	\$150	20%	10%	15%	20%	40%	0%
Servicios de laboratorio	\$15	\$40	\$50	\$8	\$20	\$50	\$40	0%
Radiografías de rayos X	\$30	\$75	\$95	\$8	\$40	\$90	40%	0%
Prueba de diagnóstico por imágenes (TC, TEP, RMN)	\$75	\$75	\$325	\$50	\$100	\$325	40%	0%

El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.

El beneficio está sujeto al deducible anual.



1.855.222.4239 (TTY 711)



lacare.org

L.A. Care Health Plan es un orgulloso socio de Covered California™



NOTAS AL PIE:

- 1 El deducible anual está incluido en el máximo anual de gastos de bolsillo.
- 2 Minimum Coverage HMO tiene integrado un deducible médico y de farmacia.
- 3 El copago no se aplica si el miembro es admitido directamente en el hospital.

- 4 El copago es por día, hasta por 5 días.
- 5 Se aplica a los miembros de hasta 19 años.

- 6 Cualquier combinación de las primeras 3 visitas previas al deducible.

- 7 Anteojos (1 par por año o lentes de contacto en lugar de anteojos)
* Sujeto al deducible de farmacia.

LOS PLANES PARA 2023 EN UN VISTAZO

	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	Minimum Coverage HMO ²
MEDICAMENTOS RECETADOS								
Nivel 1 (en su mayoría)	\$5	\$15	\$16*	\$3	\$5*	\$16*	\$18*	0%
Nivel 2 (de marca preferidos)	\$15	\$60	\$60*	\$10	\$25*	\$55*	40% up to \$500/prescription*	0%
Nivel 3 (de marca no preferidos)	\$25	\$85	\$90*	\$15	\$45*	\$85*	40% up to \$500/prescription*	0%
Nivel 4 (de especialidad)	10% up to \$250/prescription	20% up to \$250/prescription	20% up to \$250/prescription*	10% up to \$150/prescription	15% up to \$150/prescription*	20% up to \$250/prescription*	40% up to \$500/prescription*	0%
ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA PEDIÁTRICA⁵ (EADADES DE 0 A 19)								
Examen de la vista y anteojos (1 par por año o lentes de contacto en lugar de anteojos)	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷
ATENCIÓN DENTAL PEDIÁTRICA⁵ (EADADES DE 0 A 19)								
Examen bucal, limpieza preventiva, radiografías, selladores por diente, aplicación tópica de flúor y separadores (fijos)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo

El beneficio está disponible antes de alcanzar cualquier deducible.

El beneficio está sujeto al deducible anual.

¿Sabía que L.A. Care Covered™ ofrece servicios de atención médica preventiva y de bienestar sin ningún costo? Estos son solo algunos de los servicios que ofrece:

- Prueba de detección de presión arterial y colesterol
- Prueba de detección de diabetes tipo 2
- Vacunas, incluida la vacuna contra la gripe
- Prueba de detección de depresión
- Mamografías y prueba de Papanicolaou
- Consumo de tabaco y alcohol (prueba de detección y asesoría)
- Consejería sobre alimentación
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Consultas prenatales y para el bienestar del bebé

Se pretende que este documento de "Planes en un vistazo" sea un resumen de beneficios. Revise el documento de "Evidencia de cobertura" (o Manual para miembros) de L.A. Care Covered™ para obtener una descripción detallada de todos los beneficios, limitaciones y exclusiones.

Declaración de no discriminación y accesibilidad

L.A. Care cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ayuda en otros idiomas

English: To request free interpreting services, information in your language or in another format, call L.A. Care at 1.855.270.2327 (TTY 711).

Español: Para solicitar servicios de interpretación gratuitos o información en su idioma o en otro formato, llame a L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711).

L.A. Care Covered™ es el plan de salud que se enfoca exclusivamente en las necesidades de salud de todos los diversos residentes del condado de L.A.

También disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, llamando al **1.855.222.4239 (TTY 711)**. Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera.

NOTAS AL PIE:

- 1 El deducible anual está incluido en el máximo anual de gastos de bolsillo.
- 2 Minimum Coverage HMO tiene integrado un deducible médico y de farmacia.
- 3 El copago no se aplica si el miembro es admitido directamente en el hospital.

- 4 El copago es por día, hasta por 5 días.
- 5 Se aplica a los miembros de hasta 19 años.

- 6 Cualquier combinación de las primeras 3 visitas previas al deducible.

- 7 Anteojos (1 par por año o lentes de contacto en lugar de anteojos)
* Sujeto al deducible de farmacia.