

2025 DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS PLANES



L.A. Care
Covered



BENEFICIOS - RESUMEN DEL PLAN COPAGOS Y COSEGURO	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	Cobertura mínima²
Deducible anual¹ (individual/familiar)	\$0	\$0	\$5,400/\$10,800	\$0	\$0	\$0	\$5,800/\$11,600	\$9,200/\$18,400
Máximo anual de gastos de bolsillo¹ (individual/familiar)	\$4,500/\$9,000	\$8,700/\$17,400	\$8,700/\$17,400	\$1,150/\$2,300	\$3,000/\$6,000	\$6,100/\$12,200	\$8,850/\$17,700	\$9,200/\$18,400
Deducible anual de farmacia¹	\$0	\$0	\$50/\$100	\$0	\$0	\$0	\$450/\$900	N/C

COPAGO POR VISITAS AL CONSULTORIO

Servicios de atención médica preventiva , que incluyen: visitas prenatales, atención médica preventiva para niños, planificación familiar	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Visitas al consultorio de un médico de atención primaria	\$15	\$35	\$50	\$5	\$15	\$35	\$60	0% ⁶
Visitas al consultorio de un especialista	\$30	\$65	\$90	\$8	\$25	\$85	\$95 ⁶	0%
Visitas para salud mental y trastornos de consumo de sustancias	\$15	\$35	\$50	\$5	\$15	\$35	\$60	0% ⁶

ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA Y DE EMERGENCIA

Visita de atención médica de urgencia	\$15	\$35	\$50	\$5	\$15	\$35	\$60	0% ⁶
Sala de emergencias³	\$150	\$330	\$400	\$50	\$150	\$350	40%	0%

SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Hospitalización	\$225/día ⁴	\$350/día ⁴	30%	10%	20%	30%	40%	0%
Embarazo (trabajo de parto y parto)	\$225/día ⁴	\$350/día ⁴	30%	10%	20%	30%	40%	0%

SERVICIOS AMBULATORIOS

Cirugía ambulatoria	\$75	\$130	30%	10%	20%	30%	40%	0%
Servicios de laboratorio	\$15	\$40	\$50	\$8	\$20	\$50	\$40	0%
Radiografías	\$30	\$75	\$95	\$8	\$40	\$95	40%	0%
Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$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 is proud to be a partner of Covered California™



- NOTAS:**
- 1 Deducible anual incluido en el máximo anual de gastos de bolsillo
 - 2 El plan Minimum Coverage HMO tiene un deducible médico y de farmacia integrado
 - 3 El copago no se aplica si el miembro es admitido directamente en el hospital
 - 4 El copago es por día, hasta 5 días
 - 5 Se aplica a los miembros de hasta 19 años
 - 6 Cualquier combinación de las primeras 3 visitas antes del deducible
 - 7 Anteojos (1 par por año o lentes de contacto en lugar de anteojos)
* Con sujeción al deducible de farmacia

2025 DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS PLANES

	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	Cobertura mínima ²
--	-----------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	-------------------------------

MEDICAMENTOS RECETADOS

Nivel 1 (la mayoría de los genéricos)	\$7	\$15	\$18	\$3	\$5	\$15	\$19	0%
Nivel 2 (de marca preferidos)	\$16	\$60	\$60*	\$10	\$25	\$55	40% hasta \$500/receta*	0%
Nivel 3 (de marca no preferidos)	\$25	\$85	\$90*	\$15	\$45	\$85	40% hasta \$500/receta*	0%
Nivel 4 (de especialidad)	10% hasta \$250/receta	20% hasta \$250/receta	20% hasta \$250/receta*	10% hasta \$150/receta	15% hasta \$150/receta	20% hasta \$250/receta	40% hasta \$500/receta*	0%

BENEFICIOS DE LA VISTA PEDIÁTRICOS⁵ (0-19 AÑOS)

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
--	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS⁵ (0-19 AÑOS)

Examen bucal, limpieza preventiva, radiografías, selladores por pieza dental, aplicación tópica de flúor y conservadores de espacio (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 se ofrecen:

- 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 pruebas de Papanicolaou
- Consumo de tabaco y alcohol (prueba de detección y asesoría)
- Asesoría sobre alimentación
- Prueba de detección de cáncer colorrectal
- Visitas prenatales y visitas preventivas para bebés

El objetivo de este documento titulado “Descripción breve de los planes” es brindarle un resumen de los beneficios. Por favor, lea el documento titulado “Evidencia de cobertura” de L.A. Care Covered™ (o el Manual para Miembros) para obtener una descripción detallada de todos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.

Aviso de accesibilidad y no discriminación

L.A. Care cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, 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).

Spanish: 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 concentra exclusivamente en las diversas necesidades médicas de todos los residentes del condado de Los Ángeles. Para acceder a asistencia confidencial gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, llame al 1.855.222.4239 (TTY 711). Quizás sea elegible para recibir ayuda financiera.

NOTAS:

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

- 4 El copago es por día, hasta 5 días
- 5 Se aplica a los miembros de hasta 19 años
- 6 Cualquier combinación de las primeras 3 visitas antes del deducible

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