

**2019 - Diferentes Costos Fuera de su bolsillo Por Nivel de Metales (Para los planes estándar solamente)**

	Platino	Oro	Plata (Estándar)	Plata CSR 200-250% FPL	Bronce	HSA Complaciente Bronce	Catastrófico
<b>Deducible</b>	\$0 – indiv \$0 – family	\$600 – indiv \$1,200 –family	\$1700 – indiv. \$3400 – family	\$1350 – indiv \$2700 – family	\$4,000 – indiv \$8,000 – family	\$5,500 – indiv \$11,000 – family	\$7900 –indiv. \$15,800 – family
<b>Máximo fuera del límite de su bolsillo</b>	\$2000 – indiv. \$4,000 - family	\$4,000 – indiv \$8,000 - family	\$7500 – indiv. \$15,000 – family	\$6075 – indiv \$12,150 - family	\$7,600 – individual \$15,200 – family	\$6,550 – indiv \$13,100 – family	\$7,900 –indiv. \$15,800 – family
<b>Hospitalización</b>	\$500 Por admisión	\$1000 Por admisión	\$1500 Por admisión	\$1500 Por admisión	50% costo compartido	50% costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible
<b>Instalaciones de pacientes externos- Cirugías*</b>	\$100	\$100	\$100	\$100	50% Costo compartido	50% Costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible
<b>Doctor Primario*</b>	\$15	\$25	\$30	\$30	50% Costo compartido	50% Costo compartido	3 visitas por año cubiertos en su totalidad. Visitas adicionales cubiertos después del deducible se cumpla
<b>Especialista*</b>	\$35	\$40	\$50	\$50	50% Costo compartido	50% Costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible
<b>Sala de Emergencia*</b>	\$100	\$150	\$250	\$250	50% Costo compartido	50% Costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible
<b>Centro de Atención Médica - Urgente</b>	\$55	\$60	\$70	\$70	50% Costo compartido	50% Costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible
<b>Medicamentos con receta Genérico/Nivel 1*</b>	\$10 No está sujeto al deducible	\$10 No está sujeto al deducible	\$10 No está sujeto al deducible	\$10 No está sujeto al deducible	50% Costo compartido	50% Costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible
<b>Medicamentos con receta Formuladas Marca/Nivel 2*</b>	\$30 No está sujeto al deducible	\$35	\$35	\$35	50% Costo compartido	50% Costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible
<b>Medicamentos con receta No Formuladas Marca/Nivel 3*</b>	\$60 No está sujeto al deducible	\$70	\$70	\$70	50% Costo compartido	50% Costo compartido	Cubierto en su totalidad después de alcanzar el deducible

Los precios indicados son los costos de copago después de que se haya cumplido el deducible, a menos que se especifique lo contrario.