

2018 Fuera de su Bolsillo el Costo para Plan Esencial

	Plan Esencial 1 150% - 200%FPL	Plan Esencial 2 139% - 150%FPL	Plan Esencial 3 100% - 138% FPL	Plan Esencial 4 Below 100% FPL
	Prima Mensual = \$20	Prima Mensual = \$0	Prima Mensual = \$0	Prima Mensual = \$0
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Máximo fuera del límite de su bolsillo	\$2,000	\$200	\$200	\$0
Hospitalización	\$150	\$0	\$0	\$0
Instalaciones de pacientes externos- Cirugías*	\$50	\$0	\$0	\$0
Doctor Primario*	\$15	\$0	\$0	\$0
Especialista*	\$25	\$0	\$0	\$0
Sala de Emergencia*	\$75	\$0	\$0	\$0
Centro de Atención Médica - Urgente	\$25	\$0	\$0	\$0
Cuidado dental para adultos <i>(Cuidado dental preventivo, Atención dental de rutina, Cuidado dental importante)</i>	No Incluido*	No Incluido*	\$0	\$0
Cuidado de la visión – Exámenes	No Incluido*	No Incluido*	\$0	\$0
Cuidado de la visión – Lentes y Marcos	No Incluido*	No Incluido*	\$0	\$0
Cuidado de la visión – Lentes de Contacto	No Incluido*	No Incluido*	\$0	\$0
Medicamentos con receta Genérica/Nivel 1*	\$6	\$1	\$1	\$0
Medicamentos con receta Formuladas Marca/Nivel 2*	\$15	\$3	\$3	\$0
Medicamentos con receta No Formuladas Marca/Nivel 3*	\$30	\$3	\$3	\$0

* El seguro de la visión y el seguro dental no están incluidos para Essential Plan 1 & 2, pero puede ser comprado por un costo mensual adicional.