

2025

GUÍA DE
BENEFICIOS

Un plan de salud que se adapta a *usted*



IE  **HP**
Covered



Covered California es una marca registrada del Estado de California.

Inscríbese en un plan de salud que se adapta a

you



Con IEHP, encontrará un plan de salud que satisface sus necesidades. Puede recibir la cobertura de un proveedor de su confianza a un precio de acuerdo con su presupuesto.



¿Ya no califica para Medi-Cal? IEHP está aquí para ayudarle.

Los planes seleccionados comienzan en \$0 por mes con ayuda financiera para aquellos que califican. Elija a sus proveedores, manténgase asegurado y dentro de su presupuesto.



Atención de calidad cerca de usted.

Con una red de proveedores y hospitales locales en todo Inland Empire, podemos ayudarle a encontrar atención médica cerca de su hogar.



Apoyo que se adapta a usted.

Obtenga asesoría médica en cualquier momento de nuestra Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Tome clases gratuitas acerca de salud y bienestar, acceso a educación sobre atención médica y más, en nuestros centros de bienestar para la comunidad con servicio bilingüe.



Hablamos su idioma.

IEHP ofrece servicios a nuestra comunidad local. Obtenga las respuestas que necesita de un equipo de atención que habla el idioma que usted prefiere.

Los copagos comienzan en \$0 para planes seleccionados

Elija el que mejor se adapte. Los planes Bronze, Silver, Gold, y Platinum brindan la cobertura adecuada para sus necesidades de atención médica y su presupuesto. Obtenga estos beneficios y más:

\$0

- servicios preventivos
- cuidado prenatal
- exámenes pediátricos de rutina dentales y de la vista

Adapte su plan de salud de forma que satisfaga sus necesidades. Obtenga beneficios de cero o bajo costo, como atención primaria, atención especializada, servicios de urgencia, servicios de farmacia minorista y de entrega por correo, y más con planes selectos.

Además de estos beneficios y características:

- ♥ Red de proveedores de calidad
- ♥ Apoyo en el área de salud del comportamiento
- ♥ Acceso a centros de bienestar para la comunidad
- ♥ Ayuda financiera que puede reducir su plan a \$0 por mes para aquellos que califican.

Beneficios del Plan Silver 2025

NOMBRE DEL PLAN	SILVER 70	SILVER 73 CSR 250	SILVER 87 CSR 200	SILVER 94 CSR 150
Deducible, individual	\$5,400	\$0	\$0	\$0
Deducible, familiar	\$10,800	\$0	\$0	\$0
Deducible de receta, individual	\$50	\$0	\$0	\$0
Deducible de receta, familiar	\$100	\$0	\$0	\$0
OOP máximo, individual	\$8,700	\$6,100	\$3,000	\$1,150
OOP máximo, familiar	\$17,400	\$12,200	\$6,000	\$2,300
Visita al consultorio de atención primaria	\$50	\$35	\$15	\$5
Visita al consultorio del especialista	\$90	\$85	\$25	\$8
Servicios preventivos	\$0	\$0	\$0	\$0
Laboratorio	\$50	\$50	\$20	\$8
Radiografías/imágenes de diagnóstico	\$95	\$95	\$40	\$8
Imágenes avanzadas (CT/PET, MRI)	\$325	\$325	\$100	\$50
Centro de cirugía OP	30%	30%	20%	10%
Médico/cirujano de cirugía OP	30%	30%	20%	10%
Visita OP	30%	30%	20%	10%
Centro de ER (no aplica si te admiten)	\$400	\$350	\$150	\$50
Médico de ER (no aplica si te admiten)	\$0	\$0	\$0	\$0
Ambulancia	\$250	\$250	\$75	\$30
Transporte médico no emergente	\$250	\$250	\$75	\$30
Centro de atención de urgencia	\$50	\$35	\$15	\$5
Centro hospitalario	30% después del deducible	30%	20%	10%
Médico/cirujano IP	30%	30%	20%	10%
Visita al consultorio de BH/SUD	\$50	\$35	\$15	\$5

NOMBRE DEL PLAN	SILVER 70	SILVER 73 CSR 250	SILVER 87 CSR 200	SILVER 94 CSR 150
BH/SUD otro OP	\$50	\$35	\$15	\$5
Centro de hospitalización de BH/SUD	30% después del deducible	30%	20%	10%
Visita prenatal/de preconcepción	\$0	\$0	\$0	\$0
Salud a domicilio (por visita)	\$45	\$40	\$15	\$3
Rehabilitación OP	\$50	\$35	\$15	\$5
Habilitación OP	\$50	\$35	\$15	\$5
Atención de enfermería especializada	30% después del deducible	30%	20%	10%
Equipos médicos duraderos	20%	20%	15%	10%
Hospicio	\$0	\$0	\$0	\$0
Minorista (suministro de hasta 30 días)				
Nivel 1, genérico	\$18	\$15	\$5	\$3
Nivel 2, marca preferida	\$60 después del deducible por receta	\$55	\$25	\$10
Nivel 3, marca preferida	\$90 después del deducible por receta	\$85	\$45	\$15
Nivel 4, especialidad	20% hasta \$250 por receta después del deducible de recet	20% hasta \$250 por receta	15% hasta \$150 por receta	10% hasta \$150 por receta
Pedido por correo (2 veces el costo compartido minorista, hasta un suministro de 100 días)				
Nivel 1, genérico	\$36	\$30	\$10	\$6
Nivel 2, marca preferida	\$120 después del deducible por receta	\$110	\$50	\$20
Nivel 3, marca no preferida	\$180 después del deducible por receta	\$170	\$90	\$30
Servicios pediátricos				
Examen de la vista de rutina	\$0	\$0	\$0	\$0
Gafas	\$0	\$0	\$0	\$0
Dental, preventivo	\$0	\$0	\$0	\$0
Dental, básico	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025
Dental, especializado	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025	*consulte el calendario de copagos dentales para 2025
Dental, ortodoncia	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$1,000



**Un Plan
de Salud que
se adapta a Su**

Comunidad

Vista previa de los beneficios del plan de 2025

	Bronze	Silver 94	Silver 87	Silver 73	Silver 70	Gold	Platinum
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención primaria	\$60	\$5	\$15	\$35	\$50	\$35	\$15
Visita con el especialista	\$95	\$8	\$25	\$85	\$90	\$65	\$30
Atención de urgencia	\$60	\$5	\$15	\$35	\$50	\$35	\$15
Sala de emergencias (no aplica si te admiten)	40% después del deducible	\$50	\$150	\$350	\$400	\$330	\$150
Dental pediátrico preventivo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible médico	Individual *\$5,800	Individual \$0	Individual \$0	Individual \$0	Individual \$5,400	Individual \$0	Individual \$0
	Familiar \$11,600	Familiar \$0	Familiar \$0	Familiar \$0	Familiar \$10,800	Familiar \$0	Familiar \$0
Deducible de farmacia	Individual \$450	Individual \$0	Individual \$0	Individual \$0	Individual \$50	Individual \$0	Individual \$0
	Familiar \$900	Familiar \$0	Familiar \$0	Familiar \$0	Familiar \$100	Familiar \$0	Familiar \$0
Máximo de gastos del bolsillo	Individual \$8,850	Individual \$1,150	Individual \$3,000	Individual \$6,100	Individual \$8,700	Individual \$8,700	Individual \$4,500
	Familiar \$17,700	Familiar \$2,300	Familiar \$6,000	Familiar \$12,200	Familiar \$17,400	Familiar \$17,400	Familiar \$9,000

No es una lista completa de beneficios. Para consultar los beneficios del plan, comuníquese con IEHP o visite IEHP.org.

* el deducible de *\$5,800 es aplicable después de las tres primeras visitas no preventivas, combinadas con atención primaria, de especialidad y de urgencia. \$95 después del deducible para las siguientes visitas.

Obtenga la atención que necesita con un plan que se ajusta a usted.

¡Inscríbese hoy!

IEHPCovered.org | 1-833-447-0414



Covered California es una marca registrada del Estado de California.