

2026
BENEFITS
GUIDE

A health plan that fits *you*



IE  **HP**
Covered



Covered California is a registered trademark of the State of California.

2026 Silver Plan Benefits

PLAN NAME	SILVER 70	SILVER 73	SILVER 87	SILVER 94
Deductible – Ind	\$5,200	\$5,200	\$1,400	\$0
Deductible – Fam	\$10,400	\$10,400	\$2,800	\$0
Rx Deductible – Ind	\$50	\$50	\$50	\$0
Rx Deductible – Fam	\$100	\$100	\$100	\$0
Max OOP – Ind	\$9,800	\$8,100	\$3,350	\$1,400
Max OOP – Fam	\$19,600	\$16,200	\$6,700	\$2,800
Primary Care Office Visit	\$50	\$50	\$15	\$5
Specialist Office Visit	\$90	\$90	\$25	\$8
Preventive Services	\$0	\$0	\$0	\$0
Lab	\$50	\$50	\$30	\$10
X-ray/Diag Imaging	\$95	\$95	\$50	\$10
Adv Imaging (CT/PET, MRI)	\$325	\$325	\$100	\$50
OP Surgery Facility	30%	30%	20%	10%
OP Surgical Physician/ Surgeon	30%	30%	20%	10%
OP Visit	30%	30%	20%	10%
ER Facility (waived if admitted)	\$400	\$400	\$200	\$50
ER Physician (waived if admitted)	\$0	\$0	\$0	\$0
Ambulance	\$250	\$250	\$75	\$30
Non-Emergent Medical Transportation	\$250	\$250	\$75	\$30
Urgent Care Facility	\$50	\$50	\$15	\$5
Hospital Facility	30% after ded	30% after ded	20% after ded	10%
IP Physician/Surgeon	30%	30%	20%	10%
BH/SUD Office Visit	\$50	\$50	\$15	\$5

PLAN NAME	SILVER 70	SILVER 73	SILVER 87	SILVER 94
BH/SUD Other OP	\$50	\$50	\$15	\$5
BH/SUD Inpatient Facility	30% after ded	30% after ded	20% after ded	10%
Prenatal/Preconception Visit	\$0	\$0	\$0	\$0
Home Health (per visit)	\$45	\$40	\$15	\$3
OP Rehab	\$50	\$50	\$15	\$5
OP Habilitation	\$50	\$50	\$15	\$5
Skilled Nursing Care	30% after ded	30% after ded	20% after ded	10%
DME	20%	20%	15%	10%
Hospice	\$0	\$0	\$0	\$0
Retail (up to 30-day supply)				
Tier 1 – Generic	\$19	\$19	\$8	\$3
Tier 2 – Preferred Brand	\$60 after Rx ded	\$55 after Rx ded	\$25 after Rx ded	\$10
Tier 3 – Non-Pref Brand	\$90 after Rx ded	\$85 after Rx ded	\$45 after Rx ded	\$15
Tier 4 – Specialty	20% up to \$250 per script after Rx ded	20% up to \$250 per script after Rx ded	15% up to \$150 per script after Rx ded	10% up to \$150 per script
Mail Order (2X retail cost share up to 100-day supply)				
Tier 1 – Generic	\$38	\$38	\$16	\$6
Tier 2 – Preferred Brand	\$120 after Rx ded	\$110 after Rx ded	\$50 after Rx ded	\$20
Tier 3 – Non-Pref Brand	\$180 after Rx ded	\$170 after Rx ded	\$90 after Rx ded	\$30
Pediatric Services				
Routine Eye Exam	\$0	\$0	\$0	\$0
Eyewear	\$0	\$0	\$0	\$0
Dental – Preventive	\$0	\$0	\$0	\$0
Dental – Basic	*see 2026 dental copay schedule	*see 2026 dental copay schedule	*see 2026 dental copay schedule	*see 2026 dental copay schedule
Dental – Major	*see 2026 dental copay schedule	*see 2026 dental copay schedule	*see 2026 dental copay schedule	*see 2026 dental copay schedule
Dental – Orthodontics	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$1,000



A health
plan that fits
your
Family

2026 Plan Benefits Preview

	Bronze	Silver 94	Silver 87	Silver 73	Silver 70	Gold	Platinum
Preventive Care	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Primary Care	\$60	\$5	\$15	\$50	\$50	\$40	\$15
Specialist Visit	\$95	\$8	\$25	\$90	\$90	\$70	\$30
Urgent Care	\$60	\$5	\$15	\$50	\$50	\$40	\$15
Emergency Room (waived if admitted)	40% after ded	\$50	\$200	\$400	\$400	\$350	\$175
Pediatric Dental Preventive	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Pediatric Eye Exam	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Medical Deductible	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
	*\$5,800	\$0	\$1,400	\$5,200	\$5,200	\$0	\$0
	Family	Family	Family	Family	Family	Family	Family
Pharmacy Deductible	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
	\$450	\$0	\$50	\$50	\$50	\$0	\$0
	Family	Family	Family	Family	Family	Family	Family
Max. Out-of-Pocket	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
	\$9,800	\$1,400	\$3,350	\$8,100	\$9,800	\$9,200	\$5,000
	Family	Family	Family	Family	Family	Family	Family
	\$19,600	\$2,800	\$6,700	\$16,200	\$19,600	\$18,400	\$10,000

Not a full list of benefits. To view all plan benefits, please contact IEHP or visit IEHPCovered.org.

* \$5,800 deductible does not apply for the first three non-preventive visits, combined with primary care, specialty care, and urgent care.

Get the care you need with a plan that fits.

Enroll today!

IEHPCovered.org | 1-833-447-0414



Covered California is a registered trademark of the State of California.

2026

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.

Beneficios del Plan Silver 2026

NOMBRE DEL PLAN	SILVER 70	SILVER 73	SILVER 87	SILVER 94
Deducible, individual	\$5,200	\$5,200	\$1,400	\$0
Deducible, familiar	\$10,400	\$10,400	\$2,800	\$0
Deducible de receta, individual	\$50	\$50	\$50	\$0
Deducible de receta, familiar	\$100	\$100	\$100	\$0
OOP máximo, individual	\$9,800	\$8,100	\$3,350	\$1,400
OOP máximo, familiar	\$19,600	\$16,200	\$6,700	\$2,800
Visita al consultorio de atención primaria	\$50	\$50	\$15	\$5
Visita al consultorio del especialista	\$90	\$90	\$25	\$8
Servicios preventivos	\$0	\$0	\$0	\$0
Laboratorio	\$50	\$50	\$30	\$10
Radiografías/imágenes de diagnóstico	\$95	\$95	\$50	\$10
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	\$400	\$200	\$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	\$50	\$15	\$5
Centro hospitalario	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible	10%
Médico/cirujano IP	30%	30%	20%	10%
Visita al consultorio de BH/SUD	\$50	\$50	\$15	\$5

NOMBRE DEL PLAN	SILVER 70	SILVER 73	SILVER 87	SILVER 94
BH/SUD otro OP	\$50	\$50	\$15	\$5
Centro de hospitalización de BH/SUD	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible	10%
Visita prenatal/de preconcepción	\$0	\$0	\$0	\$0
Salud a domicilio (por visita)	\$45	\$40	\$15	\$3
Rehabilitación OP	\$50	\$50	\$15	\$5
Habilitación OP	\$50	\$50	\$15	\$5
Atención de enfermería especializada	30% después del deducible	30% después del deducible	20% después del deducible	10%
Equipos médicos duraderos	20%	20%	15%	10%
Hospicio	\$0	\$0	\$0	\$0
Minorista (suministro de hasta 30 días)				
Nivel 1, genérico	\$19	\$19	\$8	\$3
Nivel 2, marca preferida	\$60 después del deducible por receta	\$55 después del deducible por receta	\$25 después del deducible por receta	\$10
Nivel 3, marca preferida	\$90 después del deducible por receta	\$85 después del deducible por receta	\$45 después del deducible por receta	\$15
Nivel 4, especialidad	20% hasta \$250 por receta después del deducible de receta	20% hasta \$250 por receta después del deducible de receta	15% hasta \$150 por receta después del deducible de receta	10% hasta \$150 por receta
Pedido por correo (2 veces el costo compartido minorista, hasta un suministro de 100 días)				
Nivel 1, genérico	\$38	\$38	\$16	\$6
Nivel 2, marca preferida	\$120 después del deducible por receta	\$110 después del deducible por receta	\$50 después del deducible por receta	\$20
Nivel 3, marca no preferida	\$180 después del deducible por receta	\$170 después del deducible por receta	\$90 después del deducible por receta	\$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 2026	*consulte el calendario de copagos dentales para 2026	*consulte el calendario de copagos dentales para 2026	*consulte el calendario de copagos dentales para 2026
Dental, especializado	*consulte el calendario de copagos dentales para 2026	*consulte el calendario de copagos dentales para 2026	*consulte el calendario de copagos dentales para 2026	*consulte el calendario de copagos dentales para 2026
Dental, ortodoncia	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$1,000



Un Plan
de Salud que
se adapta a Su

Familia

Vista previa de los beneficios del plan de 2026

	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	\$50	\$50	\$40	\$15
Visita con el especialista	\$95	\$8	\$25	\$90	\$90	\$70	\$30
Atención de urgencia	\$60	\$5	\$15	\$50	\$50	\$40	\$15
Sala de emergencias (no aplica si te admiten)	40% después del deducible	\$50	\$200	\$400	\$400	\$350	\$175
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 \$1,400	Individual \$5,200	Individual \$5,200	Individual \$0	Individual \$0
	Familiar \$11,600	Familiar \$0	Familiar \$2,800	Familiar \$10,400	Familiar \$10,400	Familiar \$0	Familiar \$0
Deducible de farmacia	Individual \$450	Individual \$0	Individual \$50	Individual \$50	Individual \$50	Individual \$0	Individual \$0
	Familiar \$900	Familiar \$0	Familiar \$100	Familiar \$100	Familiar \$100	Familiar \$0	Familiar \$0
Máximo de gastos del bolsillo	Individual \$9,800	Individual \$1,400	Individual \$3,350	Individual \$8,100	Individual \$9,800	Individual \$9,200	Individual \$5,000
	Familiar \$19,600	Familiar \$2,800	Familiar \$6,700	Familiar \$16,200	Familiar \$19,600	Familiar \$18,400	Familiar \$10,000

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

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

¡Inscríbase hoy!

IEHPCovered.org | 1-833-447-0414



Covered California es una marca registrada del Estado de California.