

2027

GUÍA DE
BENEFICIOS

¡Claro que sí!
**Yo puedo
pagarlo.**

Obtenga un plan de salud de bajo
costo o sin costo.



Covered California es una marca registrada del Estado de California.

¡Claro que sí! **Yo califico.**

Con IEHP Covered, 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 Covered está aquí para ayudarle.

Seleccione planes de bajo costo con ayuda financiera para las personas que cumplan con los requisitos. Elija a sus proveedores, conserve su cobertura y manténgase dentro del 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 Covered ofrece servicios a nuestra comunidad local. Obtenga las respuestas que necesita de un equipo de atención que habla el idioma que usted prefiere.



Acceda a servicios preventivos por tan solo \$0.

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
- atención prenatal
- exámenes pediátricos de rutina dentales y de la vista

Adapte su plan de salud a sus necesidades. Obtenga beneficios de bajo costo o sin costo, como atención primaria, atención de especialidad, cuidado de urgencia, entrega de recetas y más.

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

Beneficios del Plan Silver 2027

NOMBRE DEL PLAN	SILVER 70	SILVER 73	SILVER 87	SILVER 94
Deducible, individual	\$4,700	\$4,700	\$1,100	\$200
Deducible, familiar	\$9,400	\$9,400	\$2,200	\$400
Deducible de receta, individual	\$50	\$50	\$50	\$0
Deducible de receta, familiar	\$100	\$100	\$100	\$0
OOP máximo, individual	\$11,650	\$9,600	\$4,000	\$3,000
OOP máximo, familiar	\$23,300	\$19,200	\$8,000	\$6,000
Visita al consultorio de atención primaria	\$50	\$50	\$15	\$5
Visita al consultorio del especialista	\$100	\$100	\$30	\$8
Servicios preventivos	\$0	\$0	\$0	\$0
Laboratorio	\$50	\$50	\$35	\$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% después del deducible
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% después del deducible
Equipos médicos duraderos	20%	20%	15%	10%
Hospicio	\$0	\$0	\$0	\$0
Minorista (suministro de hasta 30 días)				
Nivel 1, genérico	\$20	\$20	\$10	\$3
Nivel 2, marca preferida	\$65 después del deducible por receta	\$55 después del deducible por receta	\$30 después del deducible por receta	\$10
Nivel 3, marca preferida	\$95 después del deducible por receta	\$95 después del deducible por receta	\$50 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	\$40	\$40	\$20	\$6
Nivel 2, marca preferida	\$130 después del deducible por receta	\$110 después del deducible por receta	\$60 después del deducible por receta	\$20
Nivel 3, marca no preferida	\$190 después del deducible por receta	\$190 después del deducible por receta	\$100 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 2027	*consulte el calendario de copagos dentales para 2027	*consulte el calendario de copagos dentales para 2027	*consulte el calendario de copagos dentales para 2027
Dental, especializado	*consulte el calendario de copagos dentales para 2027	*consulte el calendario de copagos dentales para 2027	*consulte el calendario de copagos dentales para 2027	*consulte el calendario de copagos dentales para 2027
Dental, ortodoncia	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$1,000

¡Claro que sí!
**Yo puedo encontrar un
plan ideal para mí.**



Vista previa de los beneficios del plan de 2027

	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	\$20
Visita con el especialista	*\$100	\$8	\$30	\$100	\$100	\$80	\$45
Atención de urgencia	\$60	\$5	\$15	\$50	\$50	\$40	\$20
Sala de emergencias (no aplica si te admiten)	40% después del deducible	\$50	\$200	\$400	\$400	\$350	\$225
Dental pediátrico preventive	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de la vista pediátrico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible médico	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
	**\$5,800	\$200	\$1,100	\$4,700	\$4,700	\$0	\$0
	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar
	\$11,600	\$400	\$2,200	\$9,400	\$9,400	\$0	\$0
Deducible de farmacia	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
	\$450	\$0	\$50	\$50	\$50	\$0	\$0
	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar
	\$900	\$0	\$100	\$100	\$100	\$0	\$0
Máximo de gastos del bolsillo	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
	\$11,650	\$3,000	\$4,000	\$9,600	\$11,650	\$9,600	\$5,500
	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar
	\$23,300	\$6,000	\$8,000	\$19,200	\$23,300	\$19,200	\$11,000

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

*El deducible queda exento para las primeras 3 visitas no preventivas al consultorio, combinando cuidado primario, atención especializada y cuidado de urgencia. El costo será de \$100 después de aplicar el deducible para las visitas posteriores.

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

¡Claro que sí! Yo puedo pagarlo.

**Sienta la confianza de saber que su
cobertura lo protege.**

¡Inscríbase hoy!

IEHPCovered.org | 1-833-557-9795

