

DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS PLANES 2027



BENEFICIOS: RESUMEN DE COPAGOS Y COSEGURO DEL PLAN

	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	Cobertura mínima ² **
Deducible anual ¹ (individual/familiar)	\$0	\$0	\$4,700/\$9,400	\$200/\$400	\$1,100/\$2,200	\$4,700/\$9,400	\$5,800/\$11,600	\$12,000/\$24,000
Máximo anual de gastos de bolsillo ¹ (individual/familiar)	\$5,500/\$11,000	\$9,600/\$19,200	\$11,650/\$23,300	\$3,000/\$6,000	\$4,000/\$8,000	\$9,600/\$19,200	\$11,650/\$23,300	\$12,000/\$24,000
Deducible anual de farmacia ¹	\$0	\$0	\$50/\$100	\$0	\$50/\$100	\$50/\$100	\$450/\$900	N/A

COPAGO POR CONSULTAS MÉDICAS

Servicios de cuidado preventivo que incluyen: consultas prenatales, de bienestar infantil y planificación familiar	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Consultas con el médico de cuidado primario	\$20	\$40	\$50	\$5	\$15	\$50	\$60	0% ⁶
Consultas con especialistas	\$45	\$80	\$100	\$8	\$30	\$100	\$100 ⁶	0%
Consultas de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$20	\$40	\$50	\$5	\$15	\$50	\$60	0% ⁶

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE

Consultas de cuidado urgente	\$20	\$40	\$50	\$5	\$15	\$50	\$60	0% ⁶
Sala de emergencias ³	\$225	\$350	\$400	\$50	\$200	\$400	40%	0%

SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Hospitalización	\$325/por día ⁴	\$375/por día ⁴	30%	10%	20%	30%	40%	0%
Embarazo (parto y nacimiento)	\$325/por día ⁴	\$375/por día ⁴	30%	10%	20%	30%	40%	0%

SERVICIOS AMBULATORIOS

Cirugía ambulatoria	\$100	\$150	30%	10%	20%	30%	40%	0%
Servicios de laboratorio	\$25	\$40	\$50	\$10	\$35	\$50	\$50	0%
Radiografías	\$35	\$85	\$95	\$10	\$50	\$95	40%	0%
Estudios de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$90	\$125	\$325	\$50	\$100	\$325	40%	0%

☐ El beneficio está disponible antes de cumplir con el deducible.

☐ El beneficio está sujeto al deducible anual.

1-888-312-2221 (TTY 711)

caloptima.com/covered

CalOptima Health se enorgullece de ser socio de Covered California.™



NOTAS:
 1 El deducible anual se incluye en el máximo anual de gastos de bolsillo.
 2 El plan Minimum Coverage HMO tiene un deducible integrado para servicios médicos y medicamentos con receta.
 3 El copago no se aplica si el miembro es ingresado directamente al hospital.

4 El copago se aplica por día, hasta 5 días.
 5 Se aplica a los miembros de hasta 19 años.
 6 Cualquier combinación de las primeras 3 consultas antes de cumplir con el deducible.

7 Anteojos (1 par por año o lentes de contacto en lugar de anteojos).
 * Sujeto al deducible de farmacia.
 ** www.coveredca.com/espanol/support/getting-started/minimum-coverage-plans

DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS PLANES 2027

Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Silver 94 HMO	Silver 87 HMO	Silver 73 HMO	Bronze 60 HMO	Cobertura mínima ² **
-----------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------------------------

MEDICAMENTOS CON RECETA

Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos)	\$10	\$19	\$20	\$3	\$10	\$20	\$20	0%
Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	\$25	\$60	\$65*	\$10	\$30*	\$55*	40% hasta \$500 por receta*	0%
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	\$45	\$90	\$95*	\$15	\$50*	\$95*	40% hasta \$500 por receta*	0%
Nivel 4 (medicamentos especializados)	10% hasta \$250 por receta	20% hasta \$250 por receta	20% hasta \$250 por receta*	10% hasta \$150 por receta	15% hasta \$150 por receta*	20% hasta \$250 por receta*	40% hasta \$500 por receta*	0%

SERVICIOS DE LA VISTA PARA NIÑOS⁵ (DE 0 A 19 AÑOS)

Examen de la vista y anteojos (1 par al año o lentes de contacto en lugar de anteojos)	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷	Sin cargo ⁷
--	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

SERVICIOS DENTALES PARA NIÑOS⁵ (DE 0 A 19 AÑOS)

Examen bucal, limpieza preventiva, radiografías, selladores de dientes, aplicación tópica de flúor y conservadores de espacio (fijos)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

☐ El beneficio está disponible antes de cumplir con el deducible.

☐ El beneficio está sujeto al deducible anual.

¿Sabía que CalOptima Health Covered ofrece servicios de bienestar y cuidado preventivo sin costo alguno para usted? Estos son algunos de los servicios que se ofrecen:

- exámenes de presión arterial y colesterol
- pruebas de detección de diabetes tipo 2
- vacunas, incluida la vacuna contra la gripe
- pruebas de detección de depresión
- mamografías y pruebas de Papanicolaou
- pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo de tabaco y alcohol
- asesoramiento sobre nutrición
- pruebas de detección del cáncer colorrectal
- consultas prenatales y consultas de bienestar infantil

Este documento “Descripción breve de los planes” tiene como finalidad ofrecer un resumen de los beneficios. Consulte el documento “Evidencia de cobertura” (o la Guía para miembros) de CalOptima Health Covered para obtener una descripción detallada de todos los beneficios, limitaciones y exclusiones.

Declaración sobre accesibilidad y no discriminación

CalOptima Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Cómo obtener ayuda en otros idiomas

English (inglés): To request free interpreting services, information in your language or in another format, call CalOptima Health at **1-888-312-2221 (TTY 711)**.

Español (Spanish): Para solicitar servicios de interpretación gratuitos o información en su idioma o en otro formato, llame a CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711)**.

CalOptima Health Covered es el plan de salud que se concentra exclusivamente en las diversas necesidades médicas de todos los residentes del condado de Orange. Se brinda ayuda confidencial gratuita de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., excepto ciertos días festivos, llamando al **1-888-312-2221 (TTY 711)**. Es posible que califique para recibir ayuda financiera.

NOTAS:

1 El deducible anual se incluye en el máximo anual de gastos de bolsillo.

2 El plan Minimum Coverage HMO tiene un deducible integrado para servicios médicos y medicamentos con receta.

3 El copago no se aplica si el miembro es ingresado directamente al hospital.

4 El copago se aplica por día, hasta 5 días.

5 Se aplica a los miembros de hasta 19 años.

6 Cualquier combinación de las primeras 3 consultas antes de cumplir con el deducible.

7 Anteojos (1 par por año o lentes de contacto en lugar de anteojos).

* Sujeto al deducible de farmacia.

** www.coveredca.com/espanol/support/getting-started/minimum-coverage-plans