

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 preventivo	\$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
Deducible de farmacia	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual	Individual
	\$450	\$0	\$50	\$50	\$50	\$0	\$0
	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar
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

