

Community Health Choice se enorgullece en servir diez condados en el área de Houston y Beaumont. Si usted vive en alguno de estos condados, usted es elegible para inscribirse en uno de nuestros planes.



Community ofrece una variedad de planes para satisfacer todas las necesidades de atención médica y el costo de su plan.

Plan de Bronce Deducible – Prima más baja

Plan de Plata Deducible – mezcla de copagos bajos, deducibles bajos, y prima manejable

Plan de Oro Deducible - copagos más bajos y deducible más bajo

Plan de Plata con copago – Prima más baja sin deducible

Plan de Oro con copago - copagos más bajos sin deducible

Si usted quiere uno de nuestros planes de copago sin deducible o de pago por servicio que incluye tres visitas al médico sin deducible, estamos aquí para ayudarle a entender sus opciones de planes de salud.

Para asistencia personalizada, por favor llame a Beneficios e Inscripción de Community al número **713.766.1842**.

O visítenos en

**CommunityCares.com/
Health-Insurance-Marketplace**

Plan De Beneficios Del Mercado 2016

PLAN DE BENEFICIOS DEL MERCADO 2016

Costo del miembro	Community Health Choice HMO Bronce Deducible 003	Community Health Choice HMO Plata Deducible 004**	Community Health Choice HMO Plan Or Deducible 005	Community Health Choice HMO Plata Copago 002**	Community Health Choice HMO Plan Or Copago 001
Deducible Médico (individuo)	\$4,000	\$1,500	\$500	\$0	\$0
Deducible comienza después de 3 copagos	3	3	3	N/A	N/A
Gasto de su bolsillo máximo (individuo)	\$6,850	\$6,850	\$5,000	\$6,850	\$5,000
Coseguro	0%	0%	0%	0%	0%
PCP (atención preventiva a 0% costo)	\$40	\$30	\$20	\$40	\$30
Especialista	\$65	\$50	\$45	\$75	\$65
Salud mental / abuso de sustancias	\$65	\$50	\$45	\$75	\$65
Rehabilitación para Terapia de lenguaje	\$40	\$30	\$20	\$50	\$25
Terapia Física/ Terapia ocupacional	\$40	\$30	\$20	\$50	\$25
Centro de enfermería especializada	\$400 por día*	\$400 por día*	\$300 por día*	\$500 por día*	\$400 por día*
Análisis de sangre (ambulatoria y servicios profesionales)	\$40	\$30	\$20	\$40	\$30
Rayos X y diagnóstico por imágenes	\$40	\$30	\$20	\$40	\$30
Imágenes (CT / PET / MRI)	\$400	\$400	\$300	\$500	\$300
Hospitalización (incluida la salud mental)	\$400 por día*	\$400 por día*	\$300 por día*	\$500 por día*	\$400 por día*
Instalación ambulatoria	\$175	\$175	\$100	\$250	\$150
Cirugía ambulatoria / Servicios médicos	\$175	\$175	\$100	\$250	\$150
Sala de emergencia	\$400	\$400	\$300	\$500	\$400
Atención Prenatal / Postnatal	\$40	\$30	\$20	\$40	\$30
Maternidad (Parto)	\$400 por día*	\$400 por día*	\$300 por día*	\$500 por día*	\$400 por día*
Deducible de Farmacia	\$200	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamento genérico	\$20	\$10	\$10	\$35	\$15
Marca preferida	\$75	\$50	\$35	\$80	\$40
Marca no preferida	\$100	\$100	\$70	\$110	\$80
Medicamentos de especialidad (Medicamentos alto costo)	35%	35%	30%	45%	30%

* El copago se aplica por día, durante un máximo de 5 días de estadía en el hospital.** Su costo puede ser incluso menos si usted califica para recibir ayuda financiera.

HIXMPO1015