

Planes individuales y beneficios | Planes Utah 2024



¿Listo para comprar?

Comuníquese con su agente, visite selecthealth.org/shop o llame al 855-442-0220.



Tipo de plan	Sin deducible para las visitas al consultorio	Califica para HSA ²	Referencia ¹	Referencia ¹ /Sin deducible para las visitas del consultorio	Referencia ¹ / Califica para HSA ² /Fuera del mercado	Sin deducible para visitas al consultorio/ fuera del mercado	Sin deducible para las visitas al consultorio	Referencia ¹	Sin deducible para las visitas al consultorio	Referencia ¹
Nombre del plan	Expanded Bronze 6900	Expanded Bronze 8050	Expanded Bronze Plan de copago	Silver 5900	Silver 3750	Silver 5500	Silver 3000	Gold	Gold 1500	Platinum
Red	V	M	M V	M V S	M V S	M V S	V	S	M V S	M V S
Deducible										
Individual	\$6900	\$8050	\$0	\$5900	\$3750	\$5500	\$3000	\$0	\$1500	\$0
Familiar	\$13 800	\$16 100	\$0	\$11 800	\$7500	\$11 000	\$6000	\$0	\$3000	\$0
Gastos de bolsillo máximos										
Individual	\$9450	\$8050	\$9450	\$9000	\$7500	\$9450	\$9100	\$8950	\$8000	\$8950
Familiar	\$18 900	\$16 100	\$18 900	\$18 000	\$15 000	\$18 900	\$18 200	\$17 900	\$16 000	\$17 900
Proveedor de atención médica primaria (PCP)	\$45	100 % de cobertura después del deducible	\$45	\$0	100 % de cobertura después del deducible	\$0	\$35	\$0	\$0	\$0
Proveedor de atención secundaria (SCP)	\$95	100 % de cobertura después del deducible	\$90	\$40	100 % de cobertura después del deducible	\$25	\$60	\$50	\$45	\$0
Servicios de cuidados de urgencia	\$95	100 % de cobertura después del deducible	\$70	\$50	100 % de cobertura después del deducible	\$60	\$60	\$50	\$45	\$25
Visitas virtuales ³	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
Atención preventiva y vacunas	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
Pruebas de diagnóstico menores ⁴	100 % de cobertura después del deducible	100 % de cobertura después del deducible	\$75	\$30	100 % de cobertura después del deducible	\$15	\$20	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
Servicios de hospitalización	50 % después del deducible	100 % de cobertura después del deducible	\$2950 por día (copago máximo de hasta 3 días)	50 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible	30 %	20 % después del deducible	10 %
Servicios para pacientes ambulatorios	50 % después del deducible	100 % de cobertura después del deducible	\$1200	50 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	50 % después del deducible	30 %	20 % después del deducible	10 %
Sala de emergencias	\$600 después del deducible	100 % de cobertura después del deducible	\$1500	\$600 después del deducible	20 % después del deducible	\$600 después del deducible	\$600 después del deducible	30 %	\$350 después del deducible	\$250
Receta deducible por persona/familia	\$1500/\$4500	Gastos médicos y de receta combinados	\$3500/\$7000	\$900/\$2700	Gastos médicos y de receta combinados	\$1500/\$4500	\$1000/\$3000	\$250/\$750	\$250/\$750	\$0/\$0
Medicamentos del nivel 1	\$15	100 % de cobertura después del deducible	\$15	\$5	100 % de cobertura después del deducible	\$5	\$5	\$5	\$5	\$0
Medicamentos del nivel 2	\$30	100 % de cobertura después del deducible	\$30	\$25	100 % de cobertura después del deducible	\$15	\$25	\$20	\$25	\$10
Medicamentos del nivel 3	30 % después del deducible de farmacia	100 % de cobertura después del deducible	125 % después del deducible de farmacia	25% después del deducible de farmacia	20 % después del deducible	\$50 después del deducible de farmacia	25% después del deducible de farmacia	25% después del deducible de farmacia	25% después del deducible de farmacia	\$45
Medicamentos del nivel 4	\$50 después del deducible de farmacia	100 % de cobertura después del deducible	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	50 % después del deducible	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	50 %
Medicamentos del nivel 5	\$50 después del deducible de farmacia	100 % de cobertura después del deducible	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	50 % después del deducible	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	\$50 después del deducible de farmacia	50 %

1 Los planes de referencia cubren solo los beneficios de salud esenciales (EHB) según lo definido por el estado de Utah. Algunos beneficios de salud no esenciales, como las prótesis y muletas, no están cubiertos por estos planes.
 Para obtener más información, llame a Ventas individuales al 855-442-0220 o visite healthcare.gov.
 2 Cuando hay dos o más inscritos en un plan que califica para HSA, solo se aplica el deducible familiar y ningún miembro de la familia pagará más que el máximo de gastos de bolsillo individual.
 3 Las visitas virtuales con un proveedor de atención médica primaria, un proveedor de salud mental y proveedores de Intermountain Connect Care* (solo atención de urgencia) dentro de la red están cubiertas sin costo adicional para usted.
 4 Algunos servicios de diagnóstico menores estarán cubiertos como parte de los costos compartidos de la visita al consultorio.
 5 Estos planes son diseñados por los CMS. Los beneficios serán iguales o similares a otros planes estandarizados de otras compañías.

Tenga en cuenta lo siguiente: los detalles de la cobertura y los beneficios que aquí se presentan no incluyen los detalles de los costos compartidos fuera de la red. Es necesaria una autorización previa para ciertos servicios. Los límites de visitas se aplican a ciertos servicios. Este cuadro no es una lista completa de los beneficios. Si tiene preguntas, visite selecthealth.org o llame a Servicios para miembros al 800-538-5038.
 Med M Value V Signature S