



Horizon Advantage EPO Gold 100 \$25/\$45 BlueCard (G4704)

Beneficio:	Descripción	
Nombre del plan:	Horizon Advantage EPO Gold 100 \$25/\$45 BlueCard (G4704)	
Tipo de plan:	Advantage EPO	Advantage EPO
Costo mensual:	Consulta la tabla de tarifas	Consulta la tabla de tarifas
Red:	Dentro de la red	Fuera de la red
Coseguro:	0% de coseguro	No se cubre
Deducible anual:		
Individual:	Sin deducible	No se cubre
Familiar:	Sin deducible	No se cubre
Límite de gastos máximos de bolsillo:		
Individual:	\$7,550 de límite de gastos máximos de bolsillo	No se cubre
Familiar:	\$15,100 de límite de gastos máximos de bolsillo	No se cubre
Cobertura máxima de por vida:	Ilimitada	No se cubre
Médicos:		
Visita en consultorio con el médico de atención primaria (PCP):	\$25 de copago por visita	No se cubre
Visita en consultorio para médico especialista:	\$45 de copago por visita	No se cubre
Médico de atención primaria (PCP) requerido:	No	No se cubre
Requisito para ser referido a especialista:	No	No se cubre
Cuidado preventivo:	Sin cargo	No se cubre
Cobertura para medicamentos recetados		
Medicamentos recetados genéricos:	\$25 de copago	No se cubre
Medicamentos recetados de marca:	30% de coseguro	No se cubre
Medicamentos recetados que no aparecen en el formulario:	30% de coseguro	No se cubre
Pedidos por correo para medicamentos recetados:	Genéricos: \$50 de copago Marca preferida: 30% de coseguro Marca no preferida: 30% de coseguro	No se cubre
Deducible de medicamentos recetados separados	Ninguno	Ninguno
Cobertura de servicios hospitalarios:	Dentro de la red	Fuera de la red
Sala de emergencias:	\$100 de copago por visita	No se cubre
Laboratorio (no rutinario):	Paciente ambulatorio: \$100 de copago	No se cubre
Servicios de radiología (no preventivos):	Paciente ambulatorio: \$100 de copago	No se cubre
Cirugía:	Centro de cirugía ambulatoria: \$200 de copago Paciente ambulatorio centro: \$250 de copago	No se cubre
Hospitalización (<i>Sujeto a aprobación previa. Incluye enfermedad mental de origen biológico</i>):	\$500 de copago por día (con un máximo de \$2,500 por admisión). <i>Eximido si hay nueva admisión dentro de los 90 días por el mismo diagnóstico</i>	No se cubre
Cobertura para maternidad		
Visita en el consultorio antes y después del nacimiento:	\$45 de copago	No se cubre
Estadía hospitalaria para trabajo de parto y parto:	\$500 de copago por día	No se cubre
Cobertura adicional	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista de rutina - Adulto:	Sin cargo	No se cubre
Examen de la vista de rutina - Niño:	Sin cargo	No se cubre
Cobertura quiropráctica (<i>limitada a 30 visitas por año calendario</i>):	\$25 de copago por visita	No se cubre
Terapia física (<i>limitada a 30 visitas por año calendario</i>):	Visita en el consultorio: - \$25 de copago Paciente ambulatorio - \$45 de copago	No se cubre
Cobertura para salud mental (enfermedad mental sin origen biológico):	Visita en el consultorio: - \$25 de copago Paciente ambulatorio - \$25 de copago	No se cubre



Horizon Advantage EPO Gold 100 \$25/\$45 BlueCard (G4704)

Cobertura por abuso de sustancias:	Visita en el consultorio: - \$25 de copago Paciente ambulatorio - \$25 de copago	No se cubre
Exclusiones y limitaciones:	Consulta el Resumen de Beneficios y Cobertura	No se cubre
Avisos legales:	*Esta tabla es únicamente para fines ilustrativos. Una vez que estés inscrito, encontrarás una lista completa de los detalles y exclusiones en tu contrato individual/póliza o Evidencia de Cobertura.	*Esta tabla es únicamente para fines ilustrativos. Una vez que estés inscrito, encontrarás una lista completa de los detalles y exclusiones en tu contrato individual/póliza o Evidencia de Cobertura.
Copago por visita en consultorio médico:	\$25/\$45 de copago	No se cubre