



Resumen de costos y beneficios de Essential Plan

	Essential Plan 1 Ingresos anuales individuales: \$17,656 a \$23,540	Essential Plan 2 Ingresos anuales individuales: \$16,245 a \$17,655	Essential Plan 3 Ingresos anuales individuales: \$11,770 a \$16,244	Essential Plan 4 Ingresos anuales individuales: Menores de \$11,770
Prima (por mes)	\$20	\$0	\$0	\$0
Deducible (por año)	\$0	\$0	\$0	\$0
Límite máximo de desembolsos directos	\$2,000	\$200	\$200	\$200
Gastos compartidos				
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Médico de atención primaria	\$15	\$0	\$0	\$0
Especialista	\$25	\$0	\$0	\$0
Centro para pacientes hospitalizados (incluye salud conductual)	\$150 por admisión	\$0 por admisión	\$0 por admisión	\$0 por admisión
Salud conductual de pacientes ambulatorios	\$15	\$0	\$0	\$0
Centro para pacientes ambulatorios	\$50	\$0	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$75	\$0	\$0	\$0
Ambulancia	\$75	\$0	\$0	\$0
Atención de urgencia	\$25	\$0	\$0	\$0
Cirujano	\$50	\$0	\$0	\$0
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla	\$15	\$0	\$0	\$0
Equipo y suministros médicos duraderos	5 % de coaseguro	\$0	\$0	\$0
Aparatos auditivos	5 % de coaseguro	\$0	\$0	\$0
Transporte no de emergencia	No cubierto	No cubierto	\$0	\$0
Dental para adultos* (preventiva, de rutina y atención dental primaria)	\$15	\$0	\$0	\$0
Atención de la vista – Exámenes*	\$15	\$0	\$0	\$0
Atención de la vista – Lentes y marcos*	10 % de coaseguro	\$0	\$0	\$0
Atención de la vista – Lentes de contacto*	10 % de coaseguro	\$0	\$0	\$0
Medicamentos sin receta médica	No cubierto	No cubierto	\$1	\$0
Medicamentos con receta médica				
Nivel 1	\$6	\$1	\$1	\$0
Nivel 2	\$15	\$3	\$3	\$0
Nivel 3	\$30	\$3	\$3	\$0
(Tenga en cuenta que los copagos por medicamentos con receta de pedido por correo son 2.5 veces el copago por venta minorista para un suministro de más de 90 días)				

*Cuando los beneficios dentales y de la vista están disponibles para los afiliados a Essential Plan 1 y 2, los afiliados pagan adicionalmente para recibir estos beneficios. Todos los afiliados a Essential Plan 3 y 4 tienen incluidos estos beneficios.

Elegibilidad para Essential Plan para familias:

	Essential Plan 1	Essential Plan 2	Essential Plan 3	Essential Plan 4
Familia de 2	\$23,896 a \$31,860	\$21,983 a \$23,895	\$15,930 a \$21,982	Menos de \$15,930
Familia de 3	\$30,135 a \$40,180	\$27,724 a \$30,134	\$20,090 a \$27,723	Menos de \$20,090
Familia de 4	\$36,375 a \$48,500	\$33,465 a \$36,374	\$24,250 a \$33,464	Menos de \$24,250

Para calcular la elegibilidad para familias más grandes, diríjase a la herramienta View Plans Now (Ver planes ahora) del sitio Web de NY State of Health: <https://nystateofhealth.ny.gov/individual>

Hay una lista completa de beneficios y costos de Essential Plan disponible [aquí](#)