

# PREVENTIVO AVANZADO

## ESQUEMA

El plan incluye servicios preventivos, copagos para visitas al médico, cobertura de prescripciones y membresía a Teladoc®. No hay límite para condiciones preexistentes. Para obtener más detalles, consulte la declaración de beneficios y cobertura (SBC) de su plan.

## COPAGOS & LÍMITES

Servicio	Red	Fuera de la red	Pago máximo	Límite anual del plan
Exámenes de laboratorio	\$10	\$25	\$100/prueba	10 pruebas
Visita al médico general	\$20	\$50	\$150/visita	5 visitas
Visita al especialista	\$50	\$100	\$300/visita	5 visitas
Atención de urgencia	\$50	\$100	\$300/visita	5 visitas
Radiografía de diagnóstico	\$50	\$100	\$250/rayo x	5 rayos x
TAC, IRM, Ultrasonido	\$200	\$400	\$1000/visita	2 exámenes

## ATENCIÓN PREVENTIVA

El plan ofrece una cobertura del 100% de los servicios preventivos, tal y como se describe en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible que se encuentra en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov). No hay copagos, deducibles ni otros gastos de bolsillo para estos servicios. Los servicios preventivos deben estar dentro de la red con PHCS para la cobertura.

## TELEMEDICINA

El plan incluye una membresía con el principal proveedor de telemedicina de los Estados Unidos. Con Teladoc® tiene acceso ilimitado a un médico autorizado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin copago para visitas médicas generales.

## RECETAS MÉDICAS

Niveles de prescripción	Copago	Pago máximo por mes
Nivel 1: Bajo costo	\$10	\$150/prescripción
Nivel 2: Genéricos	\$25	\$150/prescripción
Nivel 3: Marca preferida	\$50	\$150/prescripción

Nota: Para obtener más información sobre sus beneficios de prescripción a través de OptumRX, visite [rx.planstin.com](http://rx.planstin.com).

## RED

El plan proporciona acceso a la red nacional de médicos PHCS/Multiplan PPO. Puede buscar un proveedor en [planstin.com/PHCS](http://planstin.com/PHCS) o llamar al 800-922-4362.