DeanHealthPlan by Medica

Verona Area School District

Resumen de beneficios

Fecha de entrada en vigor: 07/01/2026

Código del plan: 10351985 **Tipo de plan**: Copago **Red:** HMO **Contrato:** año del contrato **Plan 1-7**

Resumen del plan	***Proveedores del plan - Usted paga***	***Proveedores que no son del plan - Usted paga***
Deducible integrado*	$100 individual/$300 familiar	No aplica
Coseguro	0% de coseguro después del deducible	No aplica
Cargo por visita en el consultorio de un médico de atención primaria	$20 de copago	No está cubierto
Cargo por visita en el consultorio de un especialista	$20 de copago	No está cubierto
Servicios de prevención	$0 de copago	No está cubierto
Límite de deducible y coseguro	No aplica	No aplica
Máximo de gastos de bolsillo**	$200 individual/$600 familiar	No aplica

**El plan empieza a pagar tan pronto como un familiar haya alcanzado su deducible individual*

***Límite de deducible y coseguro más copagos médicos y de recetas, a menos que se indique lo contrario*

Medicamentos con receta, insulina y suministros desechables para diabéticos*

Selección del Nivel 4

Deducible de recetas	$0 individual/$0 familiar		No aplica	
Máximo de gastos de bolsillo para recetas	No hay un máximo separado de gastos de bolsillo para recetas		No hay un máximo separado de gastos de bolsillo para recetas	
Pedidos por correo	Suministro para 90 días (Niveles 1 y 2) por 2 copagos; suministro para 90 días (Nivel 3) para 3 copagos; el Nivel 4 no está cubierto			
	Nivel 1	**Nivel 2**	**Nivel 3**	**Nivel 4**
Dentro de la red	$10 de copago	$25 de copago	$50 de copago	30% de coseguro
Fuera de la red	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

**A menos que se indique lo contrario, los medicamentos genéricos o de marca se pueden encontrar en cualquier nivel del formulario*

**Este nuevo plan incluye cobertura de medicamentos con receta que es acreditable*

Servicios de diagnóstico	***Proveedores del plan - Usted paga***	***Proveedores que no son del plan - Usted paga***
Servicios de diagnóstico (radiografías/pruebas de laboratorio)	0% de coseguro después del deducible	No está cubierto
CAT/MRI/MRA	0% de coseguro después del deducible	No está cubierto

Hospital y centro quirúrgico

Hospital para pacientes hospitalizados	0% de coseguro después del deducible	No está cubierto
Hospital para pacientes ambulatorios	0% de coseguro después del deducible	No está cubierto

Servicios de emergencia

Atención de urgencia	$20 de copago o 0% de coseguro después del deducible	$20 de copago o 0% de coseguro después del deducible
Servicios en la sala de emergencias*	$100 de copago o 0% de coseguro después del deducible	$100 de copago o 0% de coseguro después del deducible
Ambulancia	0% de coseguro después del deducible	0% de coseguro después del deducible

** no se cobra el copago si lo ingresan*

Otros atributos del diseño del plan

Este es un aspecto destacado de sus beneficios y no se debe basar en él para revelar su cobertura por completo.
Revise el Certificado de cobertura del miembro para ver una descripción exacta de los servicios y suministros cubiertos, excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de la cobertura. Su certificado de miembro está disponible en https://app.deancare.com/sites/sbc/employergroup