

Mercado de Seguros 2023

Opciones de planes individuales y familiares

Subsidios premium disponibles si califica

¿Tiene preguntas sobre sus opciones de atención médica?

Visite deancare.com/enroll2023 para obtener ayuda para decidir qué opción es mejor para usted.



Planes Copay Plus y Copay Elite[†]

Nombre del plan	Gold Copay Plus 1500X	Silver Copay Plus 4800X	Bronze Copay Plus 9050X	Gold Copay Elite 1500X	Silver Copay Elite 4800X
Deducible (Por persona/por familia)	\$1,500/\$3,000	\$4,800/\$9,600	\$9,050/\$18,100	\$1,500/\$3,000	\$4,800/\$9,600
Coseguro	20 %	30 %	0 %	20 %	30 %
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$5,700/\$11,400	\$9,100/\$18,200	\$9,050/\$18,100	\$5,700/\$11,400	\$9,100/\$18,200
Visita en el consultorio de atención primaria	\$30 de copago	\$40 de copago		Proveedores de nivel 1: \$10 de copago Proveedores de nivel 2: \$60 de copago	Proveedores de nivel 1: \$20 de copago Proveedores de nivel 2: \$80 de copago
Visitas en el consultorio de especialidades	\$60 de copago	\$80 de copago		\$60 de copago	\$80 de copago
Consulta virtual de SSM Health Express	Sin cargo				
Examen preventivo*	Sin cargo				
Atención de urgencia	\$30 de copago	\$40 de copago		Proveedores de nivel 1: \$10 de copago Proveedores de nivel 2: \$60 de copago	Proveedores de nivel 1: \$20 de copago Proveedores de nivel 2: \$80 de copago
Sala de emergencias	Copago de \$500 antes del deducible y coseguro de la póliza			Copago de \$500 antes del deducible y coseguro de la póliza	
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio	20 % después del deducible	30 % después del deducible	Sin cargo después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible
Estancia					

Beneficios de medicamentos recetados de Copay Plus y Copay Elite - Gold y Silver ofrecen \$15 de medicamentos genéricos, \$60 de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad; Bronze ofrece \$20 de medicamentos genéricos y sin cargo después del deducible en todos los demás niveles

[†]Los planes Copay Elite solo están disponibles para los residentes de los condados de Dodge, Green Lake, Iowa y Jefferson



Planes Copay PCP

Nombre del plan	Gold Copay PCP 2000X	Silver Copay PCP 4500X	Bronze Copay PCP 8000X
Deducible (Por persona/por familia)	\$2,000/\$4,000	\$4,500/\$9,000	\$8,000/\$16,000
Coseguro	20 %		
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$6,900/\$13,800	\$9,100/\$18,200	\$9,100/\$18,200
Visita en el consultorio de atención primaria	\$30 de copago		
Visitas en el consultorio de especialidades	20 % después del deducible		
Consulta virtual de SSM Health Express	Sin cargo		
Examen preventivo*	Sin cargo		
Atención de urgencia			
Sala de emergencias			
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio	20 % después del deducible		
Estancia			

Beneficios de medicamentos con receta de Copay PCP: \$15 de medicamentos genéricos y coseguro de la póliza después del deducible en todos los demás niveles



Planes Value Copay

Nombre del plan	Gold Value Copay 4000X	Silver Value Copay 4100X	Bronze Value Copay 9050X
Deducible (Por persona/por familia)	\$4,000/\$8,000	\$4,100/\$8,200	\$9,050/\$18,100
Coseguro	0 %	30 %	0 %
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$4,000/\$8,000	\$8,700/\$17,400	\$9,050/\$18,100
Visita en el consultorio de atención primaria	\$25 de copago por 3 visitas, luego sin cargo después del deducible	\$25 de copago por 3 visitas, luego 30 % de coseguro después del deducible	\$100 de copago por 3 visitas, luego sin cargo después del deducible
Visitas en el consultorio de especialidades	Sin cargo después del deducible	30 % después del deducible	Sin cargo después del deducible
Consulta virtual de SSM Health Express	Sin cargo		
Examen preventivo*	Sin cargo		
Atención de urgencia	Sin cargo después del deducible	30 % después del deducible	Sin cargo después del deducible
Sala de emergencias	Copago de \$500 antes del deducible y coseguro de la póliza		
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio	Sin cargo después del deducible	30 % después del deducible	Sin cargo después del deducible
Estancia			

Beneficios de medicamentos recetados de Value Copay - Gold y Silver ofrecen \$15 de medicamentos genéricos, \$50 de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad; Bronze ofrece sin cargo después del deducible en todos los demás niveles

Las demás reducciones de costos compartidos están disponibles para las personas que tienen ingresos en su grupo familiar de al menos el 100 por ciento pero no más del 250 por ciento del nivel federal de pobreza y están inscritos en un plan de nivel plata. Si califica para las reducciones de costos compartidos, consulte las páginas dos y tres para obtener más opciones de planes.

La siguiente tabla muestra las directrices del nivel federal de pobreza, pero un agente o representante de Dean Health Plan puede ayudarlo a determinar si califica.

Directrices de los Niveles federales de pobreza de 2022

Número de miembros en el grupo familiar	Porcentaje de Nivel federal de pobreza		
	100%	250%	400%
1	\$13,590	\$33,975	\$54,360
2	\$18,310	\$45,775	\$73,240
3	\$23,030	\$57,575	\$92,120
4	\$27,750	\$69,375	\$111,000
Información de la cobertura	Puede calificar para las reducciones de los costos compartidos y los créditos fiscales anticipados para las primas	Puede calificar para las reducciones de los costos compartidos y los créditos fiscales anticipados para las primas	Puede calificar para los créditos fiscales anticipados para las primas

Niveles Metal

Puede usar niveles metal para ayudar a determinar qué tipo de plan es el adecuado para usted. Visite deancare.com/metaltiers para ver sus opciones.



Los planes con la opción **Focus Network** se indican con este símbolo. Focus Network ofrece una opción de atención de menor costo y es una excelente opción si vive en los condados de Dane, Sauk, Green o Rock y recibe sus servicios médicos en esos condados.

Estamos para ayudarlo

Visite deancare.com para obtener más información del plan.

Consulte la parte de atrás de esta página y en la página 3 para ver más opciones de planes del Mercado de Seguros.



Planes elegibles para la cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) y con cobertura catastrófica

Nombre del plan	Gold HSA HDHP 2000X	Silver HSA-E HDHP 3550X	Bronze HSA-E HDHP 7000X	Safety Net con cobertura catastrófica
Deducible** (Por persona/por familia)	\$2,000/\$4,000	\$3,550/\$7,100	\$7,000/\$14,000	\$9,100/\$18,200
Coseguro	20 %		0 %	
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$4,500/\$9,000	\$7,050/\$14,100	\$7,000/\$14,000	\$9,100/\$18,200
Visita en el consultorio de atención primaria	20 % después del deducible		Sin cargo después del deducible	\$0 de copago por 3 visitas, luego sin cargo después del deducible
Visitas en el consultorio de especialidades	20 % después del deducible		Sin cargo después del deducible	
Consulta virtual de SSM Health Express				
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia				
Sala de emergencias				
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio	20 % después del deducible		Sin cargo después del deducible	
Estancia				

Beneficios de medicamentos con receta elegibles para HSA: coseguro de la póliza después del deducible en todos los niveles. Nuestros planes elegibles para HSA están diseñados para ofrecer el máximo valor al consumidor por medio de una lista de medicamentos cubiertos de HSA HDHP por separado, lo que aumenta el acceso a medicamentos genéricos de menor costo.

** Si compra un plan familiar elegible para HSA, las opciones Silver y Bronze ofrecen beneficios a cada persona después de que se haya alcanzado el deducible único.



Planes estándar

Nombre del plan	Gold Standard 2000X	Silver Standard 5800X	Bronze Standard 7500X	Bronze Standard 9100X
Deducible (Por persona/por familia)	\$2,000/\$4,000	\$5,800/\$11,600	\$7,500/\$15,000	\$9,100/\$18,200
Coseguro	25 %	40 %	50 %	0 %
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$8,700/\$17,400	\$8,900/\$17,800	\$9,000/\$18,000	\$9,100/\$18,200
Visita en el consultorio de atención primaria	\$30 de copago	\$40 de copago	\$50 de copago	Sin cargo después del deducible
Visitas en el consultorio de especialidades	\$60 de copago	\$80 de copago	\$100 de copago	Sin cargo después del deducible
Consulta virtual de SSM Health Express				
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia	\$45 de copago	\$60 de copago	\$75 de copago	Sin cargo después del deducible
Sala de emergencias				
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio	25 % después del deducible	40 % después del deducible	50 % después del deducible	Sin cargo después del deducible
Estancia				

Beneficios de Medicamentos con receta de los planes Estándar (Genérico/Marca Preferida/Marca No Preferida/Especialidad)- Gold 2000X ofrece \$15/\$30/\$60/\$250; Silver 5800X ofrece \$20/\$40/\$80†/\$350‡; Bronze 7500X ofrece \$25/\$50‡/\$100‡/\$500‡; y Bronze 9100X no ofrece cargos después del deducible en todos los niveles

† Sujeto al deducible del plan.

Opciones del plan de reducción de costos compartidos Silver



Planes de reducción de costos compartidos de Copay Plus 4800X

Nivel de subsidio	4800X (Estándar)	4500X (200-250 % de FPL)	1000X (150-200 % de FPL)	100X (100-150 % de FPL)
Deducible (Por persona/por familia)	\$4,800/\$9,600	\$4,500/\$9,000	\$1,000/\$2,000	\$100/\$200
Coseguro	30 %		10 %	5 %
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$9,100/\$18,200	\$7,250/\$14,500	\$3,000/\$6,000	\$750/\$1,500
Visita en el consultorio de atención primaria	\$40 de copago		\$5 de copago	
Visitas en el consultorio de especialidades	\$80 de copago			
Consulta virtual de SSM Health Express				
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia	\$40 de copago		\$5 de copago	
Sala de emergencias	Copago de \$500 antes del deducible y coseguro de la póliza			
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio				
Estancia	30 % después del deducible		10 % después del deducible	5 % después del deducible

Beneficios de medicamentos con receta de Copay Plus: 4800X y 4500X ofrecen \$15 de medicamentos genéricos, \$60 de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad; 1000X y 100X ofrece \$5 de medicamentos genéricos, \$60 de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad

Planes de reducción de costos compartidos de Copay Elite+ 4800X

Nivel de subsidio	4800X (Estándar)	4500X (200-250 % de FPL)	1000X (150-200 % de FPL)	100X (100-150 % de FPL)
Deducible (Por persona/por familia)	\$4,800/\$9,600	\$4,500/\$9,000	\$1,000/\$2,000	\$100/\$200
Coseguro	30 %		10 %	5 %
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$9,100/\$18,200	\$7,250/\$14,500	\$3,000/\$6,000	\$750/\$1,500
Visita en el consultorio de atención primaria	Proveedores de nivel 1: \$20 de copago Proveedores de nivel 2: \$80 de copago		Proveedores de nivel 1: \$5 de copago Proveedores de nivel 2: \$60 de copago	
Visitas en el consultorio de especialidades	\$80 de copago		\$60 de copago	
Consulta virtual de SSM Health Express				
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia	Proveedores de nivel 1: \$20 de copago Proveedores de nivel 2: \$80 de copago		Proveedores de nivel 1: \$5 de copago Proveedores de nivel 2: \$60 de copago	
Sala de emergencias	Copago de \$500 antes del deducible y coseguro de la póliza			
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio				
Estancia	30 % después del deducible		10 % después del deducible	5 % después del deducible

Beneficios de medicamentos con receta de Copay Plus: 4800X y 4500X ofrecen \$15 de medicamentos genéricos, \$60 de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad; 1000X y 100X ofrece \$5 de medicamentos genéricos, \$60 de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad

* Los planes Copay Elite solo están disponibles para los residentes de los condados de Dodge, Green Lake, Iowa y Jefferson

Opciones del plan de reducción de costos compartidos Silver (continúa)



Planes de reducción de costos compartidos de Copay PCP 4500X

Nivel de subsidio	4500X (Estándar)	4500X (200-250 % de FPL)	900X (150-200 % de FPL)	200X (100-150 % de FPL)
Deducible (Por persona/por familia)	\$4,500/\$9,000	\$4,500/\$9,000	\$900/\$1,800	\$200/\$400
Coseguro	20 %			
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$9,100/\$18,200	\$5,600/\$11,200	\$3,000/\$6,000	\$900/\$1,800
Visita en el consultorio de atención primaria	\$30 de copago		\$5 de copago	
Visitas en el consultorio de especialidades	20 % después del deducible			
Consulta virtual de SSM Health Express	Sin cargo			
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia	20 % después del deducible			
Sala de emergencias				
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio				
Estancia				

Beneficios de medicamentos con receta de Copay PCP: 4500X ofrece un coseguro de póliza y \$15 de medicamentos genéricos después del deducible en todos los demás niveles; 900X y 200X ofrecen \$5 de medicamentos genéricos y coseguro de la póliza después del deducible en todos los demás niveles



Planes de reducción de costos compartidos de Value Copay 4100X

Nivel de subsidio	4100X (Estándar)	3750X (200-250 % de FPL)	900X (150-200 % de FPL)	100X (100-150 % de FPL)
Deducible (Por persona/por familia)	\$4,100/\$8,200	\$3,750/\$7,500	\$900/\$1,800	\$100/\$200
Coseguro	30 %	20 %	10 %	5 %
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$8,700/\$17,400	\$7,000/\$14,000	\$3,000/\$6,000	\$1,400/\$2,800
Visita en el consultorio de atención primaria	\$25 de copago por 3 visitas, luego 30 % de coseguro después del deducible	\$25 de copago por 3 visitas o 20 % de coseguro después del deducible	\$5 de copago por 3 visitas o 10 % de coseguro después del deducible	\$5 de copago por 3 visitas o 5 % de coseguro después del deducible
Visitas en el consultorio de especialidades	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Consulta virtual de SSM Health Express	Sin cargo			
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Sala de emergencias	Copago de \$500 antes del deducible y coseguro de la póliza			
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible
Estancia	30 % después del deducible	20 % después del deducible	10 % después del deducible	5 % después del deducible

Beneficios de medicamentos con receta de Value Copay: 4100X y 3750X ofrecen \$15 de medicamentos genéricos, 50 % de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad; 900X y 100X ofrecen \$5 de medicamentos genéricos, 50 % de marca preferida, 50 % de marca no preferida, 50 % de especialidad



Planes de reducción de costos compartidos HSA-E HDHP 3550X

Nivel de subsidio	3550X (Estándar)	3000X (200-250 % de FPL)	1150X (150-200 % de FPL)†	250X (100-150 % de FPL)†
Deducible (Por persona/por familia)	\$3,550/\$7,100	\$3,000/\$6,000	\$1,150/\$2,300	\$250/\$500
Coseguro	20 %		5 %	
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$7,050/\$14,100	\$5,500/\$11,000	\$3,000/\$6,000	\$1,500/\$3,000
Visita en el consultorio de atención primaria	20 % después del deducible		5 % después del deducible	
Visitas en el consultorio de especialidades				
Consulta virtual de SSM Health Express				
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia	20 % después del deducible		5 % después del deducible	
Sala de emergencias				
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio				
Estancia				

Beneficios de medicamentos con receta elegibles para HSA: coseguro de la póliza después del deducible (lista de medicamentos cubiertos (formulario) de HDHP HSA por separado)

† Nota especial: Las opciones del plan de reducción de costos compartidos 100-200 % de FPL no cumplen los requisitos del IRS para la elegibilidad de la cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA).



Planes de reducción de costos compartidos Standard 5800X

Nivel de subsidio	5800X (Estándar)	5700X (200-250 % de FPL)	800X (150-200 % de FPL)	0X (100-150 % de FPL)
Deducible (Por persona/por familia)	\$5,800/\$11,600	\$5,700/\$11,400	\$800/\$1,600	\$0/\$0
Coseguro	40 %		30 %	25 %
Máximo de gastos de bolsillo anual (Por persona/por familia)	\$8,900/\$17,800	\$7,200/\$14,400	\$3,000/\$6,000	\$1,700/\$3,400
Visita en el consultorio de atención primaria	\$40 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$0 de copago
Visitas en el consultorio de especialidades	\$80 de copago	\$60 de copago	\$40 de copago	\$10 de copago
Consulta virtual de SSM Health Express	Sin cargo			
Examen preventivo*	Sin cargo			
Atención de urgencia	\$60 de copago	\$45 de copago	\$30 de copago	\$5 de copago
Sala de emergencias	40 % después del deducible		30 % después del deducible	
Análisis de laboratorio/radiografía de paciente ambulatorio				
Estancia				

Beneficios de medicamentos con receta del plan Estándar (genérico/marca preferida/marca no preferida/especialidad): 5800X y 5700X ofrecen \$20/\$40/\$80+/\$350+; 800X ofrece \$10/\$20/\$60+/\$250+; 0X ofrece \$0/\$15/\$50/\$150

‡ Sujeto al deducible del plan

Usted puede ser elegible para programas de ahorro de costos, como primas con descuento o costos reducidos en servicios médicos.

Visite deancare.com/calculator para determinar si es elegible y cuánto puede recibir según estos programas.