



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada la prima) se proporcionará por separado. Esto es sólo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con la Oficina del Fondo al 410-872-9541 o visite www.ourbenefitoffice.com/metrodcpaving/Benefits/. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al 410-872-9541 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> global?	\$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	No aplica	No tiene que cumplir con los <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los <u>deducibles</u> para servicios específicos. Este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costo compartido</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> que cubre en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	\$5,000 individual/ \$10,000 familia.	El límite de los gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, estos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar global
¿Que es lo que no está incluido en los <u>gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de los <u>gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor en la red</u> ?	Sí. Visite www.carefirst.com o llame al 800-235-5160 para obtener una lista de proveedores en la red para Servicios Médicos. Visite www.cignadentalsa.com o llame al 800-797-3381 para obtener una lista de proveedores en la red para Servicios Dentales.	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor en la red del plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> de red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Usted está protegido contra la <u>facturación de saldos</u> en determinados servicios, como los de emergencia. Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Primeras 20 visitas: 20% de <u>coaseguro</u> menos \$20 de la Asignación de Beneficio Básico. Visitas después de 20: 20% de <u>coaseguro</u>	Primeras 20 visitas: Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> ¹ y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$20. Visitas después de 20: Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u>	El <u>plan</u> no paga los cargos de visitas al consultorio de quiroprácticos y podólogos.
	Visitas al <u>Especialista</u>	Primeras 20 visitas: 20% de <u>coaseguro</u> menos \$20 de la Asignación de Beneficio Básico. Visitas después de 20: 20% de <u>coaseguro</u>	Primeras 20 visitas: Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$20. Visitas después de 20: Cantidad facturada menos 80% de UCR	El <u>plan</u> no paga los cargos de visitas al consultorio de quiroprácticos y podólogos.
	<u>Atención preventiva/detección</u> /inmunizaciones	Sin Cargo	Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$100	El <u>plan</u> cubre las vacunas según las recomendaciones de los Centros para el Control de Enfermedades. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si se hace una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (rayos X, análisis de sangre)	20% de <u>coaseguro</u> menos la Asignación de Beneficio Básico de \$250 por año	Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$250 por año	El Asignación de Beneficio Básico de \$250 por año se paga al 100%; costo restante pagado al 80% de la tarifa PPO (Proveedor Dentro de la Red) o al 80% de UCR (Proveedor Fuera de la Red).
	Escaneos (TAC/Estudios PET, Resonancia Magnética)	20% de <u>coaseguro</u> menos la Asignación de Beneficio Básico de \$250 por año	Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$250 por año	El Asignación de Beneficio Básico de \$250 por año se paga al 100%; costo restante pagado al 80% de la tarifa PPO (<u>Proveedor Dentro de la Red</u>) o al 80% de UCR (<u>Proveedor Fuera de la Red</u>). El Asignación de Beneficio Básico de \$250 por año incluye tanto pruebas de Imagen como de <u>Diagnóstico</u> .

¹UCR- Habitual Acostumbrado y Razonable

*Los cargos por Servicios de Emergencia fuera de la red, servicios de ambulancia aérea y atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro de la red se pagarán según lo dispuesto en la Ley de No Sorpresas. Para obtener más información, consulte el plan en <https://www.ourbenefitoffice.com/metrodcpaving/Benefits/>

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> está disponible en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$5 al por menor (30 días) \$10 por correo* (90 días)	100% si usa una farmacia que no participa en el Programa de <u>Medicamentos Recetados</u> a través de CVS/Caremark	Los <u>medicamentos recetados</u> que no figuran en el <u>formulario</u> de CVS/Caremark no están cubiertos a menos que estén aprobados por una Autorización Previa. Para obtener una lista de los medicamentos excluidos, comuníquese con CVS/Caremark o la Oficina del Fondo. *Los medicamentos de mantenimiento se deben comprar a través de la farmacia de pedidos por correo o en una farmacia minorista de CVS. *Los medicamentos especializados deben comprarse en las farmacias especializadas de CVS/Caremark. *Para los medicamentos especializados en la lista de PrudentRx, debe llamar al 1-800-578-4403 para registrarse en cualquier programa de asistencia de copago del fabricante disponible.
	Medicamentos de marca preferida	\$15 al por menor (30 días) \$30 por correo* (90 días)		
	Medicamentos no incluidos en el formulario (de marca no preferidos)	\$30 al por menor (30 días) \$60 por correo* (90 días)		
	Medicamentos especializados en la lista de PrudentRx	\$0 si está inscrito en PrudentRx y en el programa de asistencia de copago del fabricante correspondiente.		
	<u>Otros medicamentos especializados</u>	Copagos que se muestran arriba		
Si tiene cirugía ambulatoria	Tarifa de la instalación (p. Ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coaseguro</u>	Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u>	El <u>plan</u> paga el 100% del <u>monto permitido</u> hasta \$1,000 por afección (Asignación de Beneficio Básico); costo restante pagado al 80% de la tarifa PPO (<u>Proveedor Dentro de la Red</u>) o al 80% de <u>UCR</u> (<u>Proveedor Fuera de la Red</u>).
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coaseguro</u> menos \$1,000 por afección Asignación de Beneficio Básico	Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos \$1,000 por afección Asignación de Beneficio Básico	
Si necesita atención médica inmediata.	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	20% de <u>coaseguro</u>	20% del Monto Reconocido en concepto de <u>coaseguro</u> *	La atención de emergencia <u>Fuera de la Red</u> está cubierta como dentro de la red sin <u>facturación de saldos</u> .*
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coaseguro</u>	20% de <u>coaseguro</u> más los gastos que superen la cantidad permitida*	Vea "Beneficios de gastos hospitalarios" en "Beneficios básicos". Los servicios de ambulancia aérea de emergencia <u>Fuera de la Red</u> están cubiertos como dentro de la red sin <u>facturación de saldos</u> .*
	<u>Atención de urgencias</u>	Primeras 20 visitas: 20% de <u>coaseguro</u> menos \$20 de Asignación de Beneficio Básico. Visitas después de 20: 20% de <u>coaseguro</u>	Primeras 20 visitas: Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$20. Visitas después de 20: Cantidad facturada menos 80% de UCR	Las "visitas" incluyen cualquier visita al <u>especialista</u> o visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad. Los <u>servicios de emergencia</u> prestados en un centro de Atención de Urgencias <u>Fuera de la Red</u> con licencia para operar como un departamento de emergencias independiente pueden estar cubiertos como dentro de la red.*

*UCR- Habitual Acostumbrado y Razonable

*Los cargos por Servicios de Emergencia fuera de la red, servicios de ambulancia aérea y atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro de la red se pagarán según lo dispuesto en la Ley de No Sorpresas. Para obtener más información, consulte el plan en <https://www.ourbenefitoffice.com/metrodcpaving/Benefits/>

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará el máximo)	
Si tiene una hospitalización	Tarifa de la instalación (p. Ej., habitación de hospital)	20% de <u>coaseguro</u> menos \$130/día en una habitación semiprivada o \$245/día en cuidado intensivo	Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u> y menos \$130/día en una habitación semiprivada o \$245/día en cuidado intensivo	El beneficio máximo por habitación y comida para habitación semiprivada es de \$4,030 durante 31 días. El beneficio máximo de alojamiento y comida en la UCI es de \$2,450 durante 10 días. Los cargos hospitalarios adicionales están limitados a \$1,000 por afección. El costo restante se paga al 80% de la tarifa PPO (<u>Proveedor Dentro de la Red</u>) o al 80% de la UCR (<u>Proveedor Fuera de la Red</u>). Las estadías en el hospital requieren gestión de utilización (UM): el incumplimiento de los procedimientos de UM provocará la denegación del pago de \$100 además del <u>coaseguro</u> .
	Honorarios del médico/cirujano*	20% de <u>coaseguro</u> menos Asignación de Beneficio Básico	Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico	El <u>plan</u> paga el 100% del monto aprobado para cirugía hasta \$1,000 por afección (Asignación de Beneficio Básico); costo restante pagado al 80% de la tarifa PPO (<u>Proveedor Dentro de la Red</u>) o al 80% de <u>UCR</u> (<u>Proveedor Fuera de la Red</u>). Ciertos servicios recibidos de Proveedores Fuera de la Red mientras que se encuentran en un centro de la red pueden estar cubiertos como dentro de la red.*
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Primeras 20 visitas: 20% de <u>coaseguro</u> menos \$20 de Asignación de Beneficio Básico. Visitas después del 20: 20% de <u>coaseguro</u>	Primeras 20 visitas: Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$20. Visitas después de 20: Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u>	
	Servicios de hospitalización*	20% de <u>coaseguro</u> menos \$130/día en habitación semiprivada	Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u> y menos \$130/día en habitación semiprivada	El beneficio máximo por habitación y comida para habitación semiprivada es de \$4,030 durante 31 días. Cargos hospitalarios adicionales limitados a \$1,000 por afección. Posteriormente, el costo restante se paga al 80% de la tarifa PPO (<u>Proveedor Dentro de la Red</u>) o al 80% de la <u>UCR</u> (<u>Proveedor Fuera de la Red</u>). Ciertos servicios recibidos de Proveedores Fuera de la Red mientras que se encuentran en un centro de la red pueden estar cubiertos como dentro de la red.*

*UCR- Habitual Acostumbrado y Razonable

*Los cargos por Servicios de Emergencia fuera de la red, servicios de ambulancia aérea y atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro de la red se pagarán según lo dispuesto en la Ley de No Sorpresas. Para obtener más información, consulte el plan en <https://www.ourbenefitoffice.com/metrodcpaving/Benefits/>

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará el máximo)	
Sí está embarazada	Visitas al consultorio	Primeras 20 visitas: 20% de <u>coaseguro</u> menos \$20 de Asignación de Beneficio Básico. Visitas después del 20: 20% de <u>coaseguro</u>	Primeras 20 visitas: Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos la Asignación de Beneficio Básico de \$20. Visitas después de 20: Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> dentro de la red, pero puede aplicarse a las visitas al consultorio en las que se reciben <u>servicios preventivos</u> , según cómo se facturen. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	20% de <u>coaseguro</u> menos \$1,000 por "afección" Asignación de Beneficio Básico	Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos \$1,000 por "afección" Asignación de Beneficio Básico*	Para conocer las limitaciones en los cargos de habitación y comida del hospital, consulte "Si tiene una hospitalización" más arriba. La cobertura por encima de las Asignaciones de beneficios básicos (que varían según el tipo de entrega) se paga al 80% de la tarifa PPO (<u>Proveedor Dentro de la Red</u>) o al 80% de <u>UCR</u> (<u>Proveedor Fuera de la Red</u>). Ciertos servicios recibidos de <u>Proveedores Fuera de la Red</u> mientras que se encuentran en un centro de la red pueden estar cubiertos como dentro de la red.*
	Servicios de parto/alumbramiento*	20% de <u>coaseguro</u> menos \$1,000 por "afección" Asignación de Beneficio Básico	Cantidad facturada menos el 80% de <u>UCR</u> y menos \$1,000 por "afección" Asignación de Beneficio Básico*	Para conocer las limitaciones en los cargos de habitación y comida del hospital, consulte "Si tiene una hospitalización" más arriba. La cobertura por encima de las Asignaciones de beneficios básicos (que varían según el tipo de entrega) se paga al 80% de la tarifa PPO (<u>Proveedor Dentro de la Red</u>) o al 80% de <u>UCR</u> (<u>Proveedor Fuera de la Red</u>). Los <u>servicios de emergencia Fuera de la Red</u> están cubiertos como los de dentro la red, sin <u>facturación de saldos</u> .*
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención Médica a Domicilio</u>	Primeras 30 consultas al año: 20% de coaseguro. Después de 30 consultas: 100%	Primeras 30 consultas al año: cantidad facturada menos el 80% del UCR; después de 30 consultas: 100%	Cobertura limitada a 30 visitas/días de Servicios de Atención Médica a domicilio al año. Cobertura adicional sujeta a aprobación
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$0 para fisioterapia (hasta 15 visitas por año); 100% para Terapia Física adicional u otros servicios	Cantidad facturada menos <u>UCR</u> para fisioterapia (hasta 15 visitas por año); 100% para Terapia Física adicional u otros servicios	La cobertura de fisioterapia se limita a quince (15) visitas por año calendario. Otros servicios no cubiertos.
	<u>Servicios de habilitación</u>	100%	100%	No se cubre

¹UCR- Habitual Acostumbrado y Razonable

*Los cargos por Servicios de Emergencia fuera de la red, servicios de ambulancia aérea y atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro de la red se pagarán según lo dispuesto en la Ley de No Sorpresas. Para obtener más información, consulte el plan en <https://www.ourbenefitoffice.com/metrodcpaving/Benefits/>

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará el máximo)	
	<u>Cuidados de enfermería especializada</u>	100% (salvo que se preste como parte de un tratamiento de Atención Médica a Domicilio o de un Programa Calificado de Cuidados Paliativos)	100% (salvo que se preste como parte de un tratamiento de Atención Médica a Domicilio o de un Programa Cualificado de Cuidados Paliativos)	No está cubierto salvo que se preste como parte de un tratamiento de Atención Médica a Domicilio o de un Programa de Cuidados Paliativos Calificado. No está cubierto salvo que se preste como parte de un tratamiento de Atención Médica a Domicilio o de un Programa de Cuidados Paliativos Calificado.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coaseguro</u>	Cantidad facturada menos 80% de <u>UCR</u>	
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coaseguro</u>	Cantidad facturada menos el 80% del <u>UCR</u>	Cobertura limitada a los servicios de cuidados paliativos prestados en el marco de un plan escrito de servicios aprobado por un programa de cuidados paliativos calificado.
Si su hijo/a necesita atención dental u ocular	Examen de la vista para niños/as	Sin cargo	Sin cargo	Cobertura limitada a un examen por año como.
	Anteojos para niños/as	Sin cargo	Sin cargo	Cobertura limitada a un par de anteojos y lentes por año.
	Chequeo dental para niños/as	Sin cargo	Sin cargo	Incluye exámenes y limpiezas (limitado a uno cada seis meses).

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su <u>Plan</u> generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).			
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura Cirugía bariátrica Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de rehabilitación Tratamiento de infertilidad Cuidado a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. Atención de enfermería especializada Programas de pérdida de peso 	

Otros Servicios Cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u>).			
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado quiropráctico Cuidado de rutina de los pies 	<ul style="list-style-type: none"> Atención dental y atención de ortodoncia médicamente necesaria (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de rutina de los ojos (Adultos) Audífonos 	

¹UCR- Habitual Acostumbrado y Razonable

*Los cargos por Servicios de Emergencia fuera de la red, servicios de ambulancia aérea y atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro de la red se pagarán según lo dispuesto en la Ley de No Sorpresas. Para obtener más información, consulte el plan en <https://www.ourbenefitoffice.com/metrodcpaving/Benefits/>

Sus Derechos para Continuar con la Cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: (1) para el Plan, 410-872-9541; (2) para el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administraciones de Seguridad de Beneficios para Empleados, al 1 (866) 444-EBSA (3272) o <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Reclamo y Apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama querella o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una querella por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con el Plan al 410-872-9541 o por correo al Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund, PO Box 564, Troy, MI 48099. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso Lingüístico:

Para obtener asistencia en español, llame al 410-872-9541

————— Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica ficticia, consulte la siguiente sección. —————

¹UCR- Habitual Acostumbrado y Razonable

*Los cargos por Servicios de Emergencia fuera de la red, servicios de ambulancia aérea y atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro de la red se pagarán según lo dispuesto en la Ley de No Sorpresas. Para obtener más información, consulte el plan en <https://www.ourbenefitoffice.com/metrodcpaving/Benefits/>

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura exclusiva.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista compartir costos	20%
■ Hospital (centro) compartir costos	20%
■ Otro compartir costos	20%
■ Copago de medicamentos con receta (genéricos)	\$5

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Parto/alumbramiento Servicios Profesionales
 Servicios parto/alumbramiento de las Instalaciones
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita de [especialista](#) (*anestesia*)

Costo Total de Ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coaseguro	\$2,252
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es:	\$2,322

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista compartir costos	20%
■ Hospital (centro) compartir costos	20%
■ Otro compartir costos	20%
■ Copago de medicamentos con receta (genéricos)	\$5

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida la educación sobre enfermedades*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*).
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo Total de Ejemplo \$5,600

En este ejemplo Joe pagaría:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coaseguro	\$245
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es:	\$565

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista compartir costos	20%
■ Hospital (centro) compartir costos	20%
■ Otro compartir costos	20%
■ Copago de medicamentos con receta (genéricos)	\$5

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluidos suministros médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*rayos x*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo Total de Ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coaseguro	\$377
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es:	\$387