



El documento de Resumen y Beneficios de Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le indica de qué modo usted y el plan comparten los costos de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado tarifa) se proporciona en un documento separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para conseguir una copia de las cláusulas de cobertura completas, incluida la Descripción del Resumen del Plan, visite www.carpenterssw.org o llame al 1-800-293-1370. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos que aparecen subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o puede llamar al 1-800-293-1370 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Proveedores de la red por año calendario: \$ 0. Proveedores fuera de la red por año calendario: \$500/persona; \$1,500/familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares inscritos en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> hasta que la cantidad total de gastos <u>deducibles</u> pagada por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Todos los servicios y suministros obtenidos de los <u>Proveedores de la Red</u> , así como también segundas opiniones quirúrgicas, servicios de ambulancia, servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencias y <u>medicamentos recetados</u> para pacientes ambulatorios obtenidos de <u>Proveedores Fuera de la Red</u> están cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun si todavía no ha alcanzado la cantidad <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Proveedores de la red del plan médico por año calendario: \$2,500/persona; \$5,000/familia Proveedor fuera de la red: Sin límite de gastos de bolsillo. <u>Medicamentos recetados</u> para pacientes <u>ambulatorios</u> de <u>Proveedores de la Red</u> por año calendario: \$1,000/persona; \$2,000/familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total familiar.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Para el <u>plan Médico</u> : <u>tarifas</u> , cargos de <u>facturación de balance</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre, gastos del <u>plan</u> de la vista, gastos de medicamentos para pacientes ambulatorios minoristas / pedidos por correo (que tienen un <u>límite de desembolso separado</u>), tratamiento quiropráctico y <u>deducibles</u> , <u>copagos</u> y <u>coseguros fuera de la red</u> , excepto Servicios de emergencia, ciertos servicios que no son de emergencia proporcionados por un proveedor que no es PPO en un centro PPO y / o servicio de ambulancia aérea (según lo cubierto por la Ley federal de No Sorpresas).El <u>límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados</u> no incluye <u>tarifas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , costos médicos y atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Si bien usted paga estos gastos, no se los tiene en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Para consultar una lista de los <u>proveedores de la red</u> , visite www.MyIBXTPAbenefits.com o llame a Independence Administrators (IA) al 1-800-810-BLUE.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red del plan</u> . Pagará el costo máximo si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo de dicho <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que desee sin una <u>derivación</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que figuran en esta tabla se aplican una vez que haya alcanzado su deducible, si es que se aplica un deducible.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (usted paga el costo mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (usted paga el costo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Visita al consultorio: \$15 <u>copago/visita</u> . Visita en línea: Sin cargo.	50% <u>coseguro</u> .	Sin cargo.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	Visita a un <u>especialista</u>	Visita al consultorio: \$30 <u>copago</u> /visita. Visita en línea: Sin cargo.	50% <u>coseguro</u> . Segunda opinión: Sin cargo hasta \$150; no se aplica <u>deducible</u> .	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal.
	<u>Atención preventiva/ estudios de diagnóstico/ vacunas</u>	Sin cargo.	50% <u>coseguro</u> .	El <u>plan</u> cubre los <u>servicios preventivos</u> y suministros descritos en: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ . Se aplican guías sobre edad y frecuencia a los servicios cubiertos de <u>atención preventiva</u> . Es posible que deba pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego verifique los gastos que cubre su <u>plan</u> .
Si le realizan un examen	<u>Examen de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	\$30 <u>copago</u> /examen	50% <u>coseguro</u> .	Sin cargo.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$30 <u>copago</u> por examen	50% <u>coseguro</u> .	Se recomienda contar con <u>autorización previa</u> para estudios de diagnóstico por imágenes como tomografía computada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET) y resonancia magnética (MRI).
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$10 <u>copago</u> por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$25 <u>copago</u> por receta No hay cargo por medicamentos preventivos de la ACA (Ley de Atención Médica Asequible) (por ejemplo, anticonceptivos genéricos)	\$60 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro</u> .	<ul style="list-style-type: none"> No se aplica un <u>deducible por proveedor fuera de la red</u>. Con el fin de evitar el incumplimiento del pago, los medicamentos de mantenimiento necesitan un pedido por correo luego de surtir la receta por segunda vez en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman para tratar condiciones crónicas como la diabetes, la artritis o la presión alta. Algunas recetas están sujetas a <u>autorización previa</u> (para evitar el incumplimiento del pago) y límites de dosis. De acuerdo con las leyes federales, ciertos medicamentos recetados y de venta libre se pagan sin cargo con una receta médica.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.express-scripts.com o al llamar al 1-800-987-7836.	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$40 <u>copago</u> por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$100 <u>copago</u> por receta. No hay cargo por medicamentos preventivos de marca de la ACA si un genérico se considera médicamente inadecuado.		<ul style="list-style-type: none"> • Si compra un medicamento de marca cuando está disponible un medicamento genérico, usted paga el <u>costo compartido</u> del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico. • Si surte una receta en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el 100% del costo del medicamento al momento de la compra y luego presentar una reclamación ante Express Scripts para que se le haga un reintegro. Además, en ese caso, el plan paga el 80% de la cantidad que pagaría si usted hubiera utilizado una farmacia minorista de la red. • Se pueden obtener suministros de medicamentos de mantenimiento para 90 días en cualquier farmacia minorista Smart90
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$60 <u>copago</u> por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$150 <u>copago</u> por receta.		
	<u>Medicamentos es especialidad</u>	Usted paga un <u>copago</u> de \$50 por receta para un suministro de 30 y un <u>copago</u> de \$100 por receta para un suministro de 90 días.	Sin cobertura	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 de <u>copago por cirugía</u> .	50% <u>coseguro</u> hasta un cargo máximo permitido de \$5,000 por sesión operativa y \$3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500.
	Honorarios del médico/ cirujano	\$30 <u>copago</u> por cirugía. No se aplica deducible.	50% <u>coseguro</u> hasta un cargo máximo permitido de \$5,000 por sesión operativa y \$3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	\$250 <u>copago</u> por visita.	Por condición médica de emergencia: \$250 <u>copago</u> por visita. No se aplica <u>deducibles</u> . Para atención que no es de emergencia: \$250 <u>copago</u> por visita más 50% <u>coseguro</u> .	Es posible que los honorarios profesionales del médico/ <u>proveedor</u> se facturen aparte. El <u>copago</u> no se aplica si la visita da lugar a la admisión inmediata al hospital como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$100 <u>copago</u> por viaje.	\$100 <u>copago</u> por viaje. No se aplica <u>deducible</u> .	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios profesionales de ambulancia por aire, mar o tierra se pagan hasta y desde el hospital más cercano en el que se pueda proporcionar tratamiento. No se le cobrará el balance por los servicios de ambulancia aérea cubiertos. Los servicios de un Técnico de Emergencias Médicas (EMT) están cubiertos en el nivel de beneficios regulares del Plan para servicios de ambulancia para emergencia médica, <u>aunque no lo transportan a un hospital, siempre que crea razonablemente que existió una emergencia médica.</u>
	<u>Atención de urgencia</u>	\$100 <u>copago</u> por visita.	50% <u>coseguro</u> .	Sin cargo.
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	\$500 <u>copago por admisión</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Las admisiones a hospitales para tratamientos odontológicos necesitan una <u>autorización previa</u> con el fin de evitar el incumplimiento del pago; llame a IA al 1-888-234-2393
	Honorarios del médico/cirujano	\$30 <u>copago</u> por admisión. No se aplica <u>deducible</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas a consultorios y otros servicios para pacientes ambulatorios: \$15 <u>copago</u> por visita. Visita en línea: Sin cargo.	50% <u>coseguro</u> .	Ningún.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
abuso de sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	\$500 <u>copago por admisión.</u>	50% <u>coseguro.</u>	
Si está embarazada	Visitas a consultorios	No hay cargo para visitas a consultorios. No se aplica <u>deducible.</u>	Servicios para empleados o cónyuges: 50% <u>coseguro.</u>	<ul style="list-style-type: none"> No se aplica el <u>costo compartido</u> para <u>servicios preventivos.</u> Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> a servicios <u>fuera de la red</u> La atención de maternidad puede incluir estudios y servicios que figuran en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos). No está cubierta la atención prenatal (aparte de los <u>estudios de diagnóstico</u> exigidos por la ACA (Ley de Atención Médica Accesible)) para hijos dependientes.
	Servicios profesionales de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: \$30 <u>copago</u> por parto. No se aplica <u>deducible.</u>	Para el empleado y su cónyuge: 50% <u>coseguro.</u>	Sin cobertura para tratamientos por trastornos alimentarios de un hijo dependiente; debe pagar el 100%, incluso con proveedores de la red.
	Servicios de establecimientos de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: \$500 <u>copago</u> por parto. No se aplica <u>deducible.</u>	Para el empleado y su cónyuge: 50% <u>coseguro.</u>	
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$30 <u>copago</u> por visita. No se aplica <u>deducible.</u>	50% <u>coseguro.</u>	El <u>plan</u> cubre servicios que exigen las habilidades y capacitación de enfermeros. Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para la atención médica en el hogar. No hay cobertura para los servicios de enfermeras auxiliares, asistencia de apoyo o limpieza.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Servicios de rehabilitación</u> para pacientes hospitalizados: \$500 de <u>copago</u> por admisión. No se aplica un <u>deducible</u> . <u>Servicios de rehabilitación</u> para pacientes ambulatorios: \$ 15 <u>copago</u> por visita. No se aplica <u>deducible</u> .	50% <u>coseguro</u> .	El beneficio máximo de terapia ocupacional y fisioterapia para pacientes ambulatorios es de 20 sesiones por año calendario. El beneficio máximo de terapia del lenguaje de por vida es de 130 sesiones. Si se necesitan más allá de las 20 visitas (o 130 visitas de por vida para terapia del lenguaje), se requiere autorización previa para evitar la falta de pago. Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para terapia del lenguaje y fisioterapia para pacientes ambulatorios y para la admisión de pacientes hospitalizados para rehabilitación. El beneficio máximo de admisión de rehabilitación para pacientes hospitalizados es de 30 días por año calendario. No se aplicarán límites de visita al tratamiento de condiciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por uso de sustancias consistentes con estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$ 15 <u>copago</u> por visita. No se aplica <u>deducible</u> .	50% <u>coseguro</u> .	El beneficio máximo de terapia del lenguaje de por vida es de 130 sesiones. Si se necesitan sesiones adicionales más allá de las 130 visitas por vida, se requiere autorización previa para evitar la falta de pago. No se aplicarán límites de visita al tratamiento de condiciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por uso de sustancias consistentes con estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$500 <u>copago por admisión</u> . No se aplica <u>deducible</u> .	\$500 <u>copago por admisión</u> . No se aplica <u>deducible</u> .	Se paga solo si se lo hospitaliza durante al menos 5 días consecutivos inmediatamente antes de su ingreso a un centro de enfermería especializada. Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para la admisión en un centro de <u>enfermería especializada</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$ 30 <u>copago</u> por ítem. No se aplica <u>deducible</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para utilizar los equipos. Se cubre el alquiler hasta el precio de compra del equipo.
	<u>Servicio de cuidados paliativos</u>	\$100 <u>copago</u> por admisión. No se aplica <u>deducible</u> .	10% <u>coseguro</u> .	El beneficio máximo es de 180 días de por vida. Con el fin de evitar el incumplimiento del pago, se necesita una <u>autorización previa</u> para los servicios de cuidados paliativos; llame a IA al 1-888-234-2393. No se aplicarán límites de días al tratamiento de condiciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por uso de sustancias consistentes con estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para menores de edad	\$10 <u>copago</u> por examen de la vista. No se aplica <u>deducible</u> .	Usted paga el 100% y luego presenta su reclamación de reintegro. Se le hará un reintegro de hasta \$40 por examen. Le corresponde pagar cualquier cantidad por encima de \$40 por cada examen de la vista. No se aplica <u>deducible</u> .	<ul style="list-style-type: none"> Existe cobertura oftalmológica disponible en otro plan. Se cubre un examen de la vista cada 12 meses. Los marcos se pagan una vez cada 24 meses. Para encontrar proveedores oftalmólogos de la red, visite www.myuhcvision.com o llame al 1-800-638-3120.
	Anteojos para menores de edad	\$20 <u>copago</u> por lentes solamente o lentes y un marco. No se aplica <u>deducible</u> .	Usted paga el 100% y luego presenta su reclamación de reintegro. Se le hará un reintegro de hasta \$65 por marco y \$40 por lentes monofocales. No se aplica <u>deducible</u> .	
	Examen dental de rutina para menores de edad	Consulte su comparación de beneficios dentales para obtener información específica del plan.		<ul style="list-style-type: none"> Su cobertura dental está disponible bajo planes dentales separados a través de United Healthcare. Visite el sitio web www.myuhcdental.com o llame al 1-800-638-3120 para proveedores dentales de la red.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan NO Suele Cubrir (verifique su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Acupuntura Cirugía bariátrica Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de infertilidad Atención de largo plazo Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> Enfermería privada Cuidado de rutina de los pies Programas de pérdida de peso (excepto según lo exija la ley de reforma sanitaria) |
|---|---|--|

Otros Servicios Cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios: Esta no es una lista completa; consulte el documento de su plan).

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctica (hasta 24 visitas por año calendario) | <ul style="list-style-type: none"> Audífonos (se cubren prueba de audición y audífonos hasta un máximo de \$1,000 por oído cada 24 meses) Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños) disponible a través de United Healthcare Atención ocular de rutina (adultos y niños) disponible a través de United Healthcare |
|--|---|

Sus Derechos para Continuar la Cobertura: Existen organismos que pueden ser de ayuda si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice. La información de contacto de dichos organismos es la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Derechos a Quejas y Apelaciones: Existen organismos que pueden ser de ayuda si tiene una queja contra su plan debido a que le han rechazado una reclamación. Puede presentar una queja o una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por la reclamación médica. Los documentos de su

plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una apelación por una reclamación o una queja ante su plan por el motivo que sea. Para obtener asistencia o más información sobre sus derechos o este aviso, comuníquese con el administrador de reclamaciones de planes médicos (Independence Administrators) al 1-833-242-3330 o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan brinda cobertura mínima esencial? Sí. Por lo general, la **cobertura mínima** esencial incluye planes de seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos pagos de **cobertura esencial** mínima puede que no sea elegible para un **crédito fiscal de tarifas**.

¿Este plan satisface los niveles de valor mínimos? Sí. Si su plan no satisface los niveles de valor mínimos, es posible que califique para un crédito fiscal de tarifas con el fin de que pueda pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso de Idiomas: Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-242-3330. Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-242-3330. Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-242-3330. Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-833-242-3330.

Para ver ejemplos sobre el modo en que este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Sobre estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que es posible que deba pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a Tener un Bebé

(9 meses de atención prenatal con proveedores de la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para especialista</u>	\$30
■ <u>Copago para el hospital (establecimiento)</u>	\$500
■ <u>Otro copago</u>	\$250

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de atención durante el parto
 Servicios de establecimientos de atención durante el parto
 Estudios de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
Total que pagaría Peg	\$720

Control de la Diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina con proveedores de la red de una condición bien controlada)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para especialista</u>	\$30
■ <u>Copago para el hospital (establecimiento)</u>	\$500
■ <u>Otro copago</u>	\$250

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)
 Estudios de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,260
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Joe	\$1,260

La Fractura Simple de Mia

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$0
■ <u>Copago para especialista</u>	\$30
■ <u>Copago para el hospital (establecimiento)</u>	\$500
■ <u>Otro copago</u>	\$250

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluye insumos médicos*)
 Estudio de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	*\$720
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mia:	\$720

*Los copagos en el ejemplo de la factura incluyen un copago de sala de emergencias de \$250 y varios copagos por otros servicios. No se ha aplicado el copago hospitalario de \$500.

El plan sería responsable de cubrir los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

(5652492v1/00539.058ngf)