

 **O documento Resumo de Benefícios e Coberturas (SBC) lhe ajudará a escolher um plano de saúde. O SBC mostra como você e o plano dividiriam os custos dos serviços de assistência médica cobertos. **OBSERVAÇÃO:** As informações sobre o custo do plano (chamado de prêmio) serão fornecidas separadamente. Isto é apenas um resumo. Para obter mais informações sobre sua cobertura ou para obter uma cópia dos termos completos de cobertura, acesse www.meritain.com ou ligue para (207) 874-8300. Para definições gerais de termos comuns, como valor permitido, cobrança inesperada, cosseguro, copagamento, franquia, prestadora ou outros termos sublinhados, consulte o Glossário. Você pode visualizar o Glossário em www.healthcare.gov/sbc-glossary ou ligar para Meritain Health, Inc. no número (800) 925-2272 para solicitar uma cópia.**

Perguntas importantes	Respostas	Por que isso é importante:
Qual é a <u>franquia</u> total?	Para <u>prestadoras</u> de nível 1: \$400 por pessoa/\$800 por família Para <u>prestadoras</u> de nível 2 e nível 3: \$1.000 por pessoa/\$2.000 por família	Geralmente, antes que o <u>plano</u> comece a pagar, você deverá cobrir todos os custos das <u>prestadoras</u> até atingir o valor da <u>franquia</u> . Caso tenha outros membros da família no <u>plano</u> , cada membro da família deverá atingir sua própria <u>franquia</u> individual até que o valor total das despesas das <u>franquias</u> pagas por todos os membros da família atinja a <u>franquia</u> total da família.
Existem serviços que são cobertos antes de atingir o valor da <u>franquia</u>?	Sim. Para <u>prestadoras</u> de nível 1 e nível 2: <u>Cuidados preventivos</u> , <u>atendimento em sala de emergência</u> — apenas <u>serviços de emergência</u> (todas as <u>prestadoras</u>), <u>atendimento de urgência</u> — taxas de consulta, <u>serviços de cuidados paliativos</u> , assistência pré-natal, serviços ambulatoriais para saúde mental e abuso de substâncias, <u>serviços de reabilitação</u> , <u>serviços de habilitação</u> , exames oftalmológicos de rotina, <u>prestadoras de cuidados primários</u> (somente <u>prestadoras</u> de nível 1) e <u>serviços especializados</u> são cobertos antes de atingir sua <u>franquia</u> .	Este <u>plano</u> cobre alguns itens e serviços, mesmo que você ainda não tenha atingido o valor da <u>franquia</u> . Mas o <u>copagamento</u> ou o <u>cosseguro</u> poderá ser aplicado. Por exemplo, este <u>plano</u> cobre determinados <u>serviços preventivos</u> sem <u>divisão de gastos</u> e antes de atingir a sua <u>franquia</u> . Confira a lista de <u>serviços preventivos</u> cobertos em www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Existem outras <u>franquias</u> para serviços específicos?	Não.	Não há necessidade de atingir <u>franquias</u> para serviços específicos.
Qual é o <u>limite de custos não cobertos</u> para este <u>plano</u>?	Para <u>prestadoras</u> de nível 1: \$1.500 por pessoa/\$3.000 por família Para <u>prestadoras</u> de nível 2 e nível 3: \$2.500 por pessoa/\$5.000 por família	O <u>limite de custos não cobertos</u> é o máximo que você pode pagar em um ano pelos serviços cobertos. Se você tiver outros membros da família neste <u>plano</u> , eles deverão atingir seus próprios <u>limites de custos não cobertos</u> até que o <u>limite de custos não cobertos</u> total da família seja atingido.
O que não está incluído no <u>limite de custos não cobertos</u>?	Este <u>plano</u> não cobre: <u>prêmios</u> , valores de multas de <u>pré-autorização</u> , valores de <u>cobranças inesperadas</u> e assistência médica.	Mesmo que você pague essas despesas, elas não contam no <u>limite de custos não cobertos</u> .

Perguntas importantes	Respostas	Por que isso é importante:
Eu pagarei menos se usar uma prestadora da rede?	Sim. https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=directlinknologin&planValue=STMMC Value-Based-Health-Plan ou ligue para (800) 343-3140 para obter uma lista das prestadoras da rede.	Este plano utiliza uma rede de prestadoras. Você pagará menos se usar uma prestadora da rede do plano. Você pagará mais se usar uma prestadora fora da rede e poderá também receber uma fatura da prestadora pela diferença entre a cobrança da prestadora e o que seu plano paga (cobrança inesperada). Saiba que sua prestadora da rede poderá usar uma prestadora fora da rede para alguns serviços (como serviços de laboratório). Verifique com sua prestadora antes de obter quaisquer serviços.
Eu preciso de um encaminhamento para consultar um especialista?	Não.	É possível consultar o especialista que escolher sem nenhum encaminhamento.



Todos os custos de **copagamento** e **cosseguro** mostrados neste gráfico ocorrem após atingir o valor da sua **franquia**, caso haja uma **franquia**.

Eventualidade Médica Comum	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Prestadora designada	Nível 2 Prestadoras participantes não designadas	Nível 3 Prestadoras não participantes	
		(Você pagará menos)	(Você pagará mais)		
Se você visitar o consultório ou a clínica de um profissional de saúde	Consulta de cuidados primários para tratar uma lesão ou doença	Sem custo	<u>Cosseguro</u> de 30%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Inclui outras telemedicinas além do Teladoc. Não há cobrança e a <u>franquia</u> não se aplica caso você receba consultas através do Teladoc.
	Consultar um <u>especialista</u>	<u>Copagamento</u> de \$20/consulta (a <u>franquia</u> não se aplica)	<u>Copagamento</u> de \$20/consulta (a <u>franquia</u> não se aplica)	<u>Cosseguro</u> de 30%	O <u>copagamento</u> se aplica por consulta, independentemente dos serviços prestados (inclui outras telemedicinas além do Teladoc). Não há cobrança e a <u>franquia</u> não se aplica caso você receba consultas através do Teladoc.
	<u>Cuidados preventivos</u> / <u>triagem</u> /imunização	Sem custo	Sem custo	<u>Cosseguro</u> de 30%	Você poderá ter que pagar por serviços que não são <u>preventivos</u> . Consulte a sua <u>prestadora</u> para saber se os serviços de que você precisa são <u>preventivos</u> . Em seguida, verifique o que seu plano pagará.
Se você tiver um exame	<u>Exames diagnósticos</u> (raio-x, exames de sangue)	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	-----nada-----
	Diagnóstico por imagem (TC/PET scans, RM)	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	É necessária uma <u>pré-autorização</u> para PET scans e exames não ortopédicos de TC/RM. Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3.

Eventualidade Médica Comum	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Prestadora designada	Nível 2 Prestadoras participantes não designadas	Nível 3 Prestadoras não participantes	
		(Você pagará menos)	(Você pagará mais)		
Se você precisar de medicamentos para tratar sua doença ou condição médica Mais informações sobre a cobertura de medicamentos controlados estão disponíveis em www.caremark.com	Medicamentos genéricos	<u>Copagamento</u> de \$10 (30 dias no varejo)/ <u>copagamento</u> de \$15 (90 dias no varejo e pedidos por correspondência)	<u>Copagamento</u> de \$10 (30 dias no varejo)/ <u>copagamento</u> de \$15 (90 dias no varejo)		A <u>franquia</u> não se aplica. Cobertura de estoque para até 90 dias (receita médica no varejo); estoque para 90 dias (pedidos com receita médica por correspondência); estoque para 30 dias (<u>medicamentos especiais</u>). O <u>copagamento</u> se aplica por cada receita médica. Não há cobrança por medicamentos preventivos. Aplicam-se as normas do tratamento escalonado. Consulte o documento do <u>plano</u> para se informar sobre a cobertura de determinados medicamentos de uso contínuo fornecidos no varejo farmacêutico ou através do programa de pedidos por correspondência.
	Medicamentos de marcas preferenciais	<u>Copagamento</u> de \$30 (30 dias no varejo)/ <u>copagamento</u> de \$45 (90 dias no varejo e pedidos por correspondência)	<u>Copagamento</u> de \$30 (30 dias no varejo)/ <u>copagamento</u> de \$45 (90 dias no varejo)		
	Medicamentos de marcas não preferenciais	<u>Copagamento</u> de \$60 (30 dias no varejo)/ <u>copagamento</u> de \$90 (90 dias no varejo e pedidos por correspondência)	<u>Copagamento</u> de \$60 (30 dias no varejo)/ <u>copagamento</u> de \$90 (90 dias no varejo)		
	<u>Medicamentos especiais</u>	Os mesmos custos que medicamentos genéricos, marcas preferenciais e marcas não preferenciais (varejo)			
Se você fizer uma cirurgia ambulatorial	Taxa da unidade (por exemplo, centro cirúrgico ambulatorial)	<u>Cosseguero</u> de 10%	<u>Cosseguero</u> de 10%	<u>Cosseguero</u> de 30%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. <u>Pré-autorização</u> necessária para determinadas cirurgias. Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3. Consulte o documento do <u>plano</u> para se informar sobre a cobertura dos honorários de cirurgiões profissionais específicos.
	Honorários de médicos/cirurgiões	<u>Cosseguero</u> de 10%	<u>Cosseguero</u> de 10%	<u>Cosseguero</u> de 30%	

Eventualidade Médica Comum	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Prestadora designada	Nível 2 Prestadoras participantes não designadas	Nível 3 Prestadoras não participantes	
		(Você pagará menos)	(Você pagará mais)		
Se você precisar de atenção médica imediata	<u>Atendimento em sala emergência</u>	<u>Copagamento</u> de \$100/consulta (serviços <u>emergenciais</u>)/não cobertos (serviços <u>não emergenciais</u>)	<u>Copagamento</u> de \$100/consulta (serviços <u>emergenciais</u>)/não cobertos (serviços <u>não emergenciais</u>)	<u>Copagamento</u> de \$100/consulta (serviços <u>emergenciais</u>)/nã o cobertos (serviços <u>não emergenciais</u>)	Para <u>serviços emergenciais</u> , os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2/nível 3 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. O <u>copagamento</u> será dispensado em caso de internação hospitalar.
	<u>Transporte médico de emergência</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2/nível 3 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1.
	<u>Atendimento de urgência</u>	<u>Copagamento</u> de \$20/consulta (visita ao consultório)/ <u>cosseguro</u> de 10% (todos os outros serviços)	<u>Copagamento</u> de \$20/consulta (visita ao consultório)/ <u>cosseguro</u> de 10% (todos os outros serviços)	<u>Cosseguro</u> de 30%	O <u>copagamento</u> se aplica apenas aos atendimentos médicos em consultório.
Se você tiver uma internação hospitalar	Taxa da unidade (por exemplo, quarto de hospital)	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. É necessária uma <u>pré-autorização</u> . Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3. Consulte o documento do <u>plano</u> para se informar sobre a cobertura dos honorários de cirurgiões profissionais específicos.
	Honorários de médicos/cirurgiões	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	

Eventualidade Médica Comum	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Prestadora designada	Nível 2 Prestadoras participantes não designadas	Nível 3 Prestadoras não participantes	
		(Você pagará menos)	(Você pagará mais)		
Se você precisar de serviços de saúde mental, saúde comportamental ou abuso de substâncias	Serviços ambulatoriais	Sem custo	Sem custo	Sem custo (saúde mental)/ <u>cosseguro</u> de 30% (abuso de substâncias)	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de serviços para saúde mental de nível 2/nível 3 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. Inclui outras telemedicinas além do Teladoc. Inclui consultas de saúde comportamental pelo Teladoc.
	Serviços de internação	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. É necessária uma <u>pré-autorização</u> . Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3.
Se você estiver grávida	Consultas	Sem custo (consultas pré-natais)/ <u>cosseguro</u> de 10% (consultas pós-natais)	Sem custo (consultas pré-natais)/ <u>cosseguro</u> de 10% (consultas pós-natais)	<u>Cosseguro</u> de 30%	Para unidades e serviços profissionais, os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. <u>Pré-autorização</u> necessária para internações hospitalares superiores a 48h (parto normal) ou 96h (cesariana). Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3. A <u>divisão de gastos</u> não se aplica aos <u>serviços preventivos</u> das <u>prestadoras</u> de nível 1/nível 2. O acompanhamento da gravidez poderá incluir testes e serviços descritos em outras partes do SBC (como a ultrassonografia). O bebê estará incluso nas despesas da mãe.
	Serviços profissionais de parto	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	
	Serviços de unidade de parto	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	

Eventualidade Médica Comum	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Prestadora designada	Nível 2 Prestadoras participantes não designadas	Nível 3 Prestadoras não participantes	
		(Você pagará menos)	(Você pagará mais)		
Se você precisar de ajuda para se recuperar ou tiver outras necessidades especiais de saúde	<u>Assistência médica domiciliar</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. Limitada a 90 consultas por ano. É necessária uma <u>pré-autorização</u> . Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3.
	<u>Serviços de reabilitação</u>	<u>Copagamento</u> de \$10/consulta	<u>Copagamento</u> de \$10/consulta	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. Nos casos das terapias físicas, fonoaudiológicas e ocupacionais, uma avaliação sobre a <u>necessidade médica</u> deverá ser conduzida após a 25ª consulta no ano. Você pagará um <u>copagamento</u> de \$10 (<u>franquia</u> dispensada) por massagens terapêuticas, com um limite de 12 consultas por ano, até um máximo de \$70.
	<u>Serviços de habilitação</u>	<u>Copagamento</u> de \$10/consulta	<u>Copagamento</u> de \$10/consulta	<u>Cosseguro</u> de 30%	-----nada-----
	<u>Assistência de enfermagem qualificada</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. É necessária uma <u>pré-autorização</u> . Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3.
	<u>Equipamentos médicos duráveis</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os pagamentos das <u>prestadoras</u> de nível 2 são cobertos com os mesmos benefícios que as <u>prestadoras</u> de nível 1. É necessária uma <u>pré-autorização</u> para scooters ou cadeiras de rodas elétricas/motorizadas e dispositivos de compressão pneumática. Se você não obtiver a <u>pré-autorização</u> , os benefícios poderão ser reduzidos em \$500 do custo total do serviço por cada ocorrência — apenas para <u>prestadoras</u> do Nível 3.
	<u>Serviços de cuidados paliativos</u>	Sem custo	Sem custo	<u>Cosseguro</u> de 30%	O aconselhamento no luto está coberto.

Eventualidade Médica Comum	Serviços de que você pode precisar	O que você pagará			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Prestadora designada	Nível 2 Prestadoras participantes não designadas	Nível 3 Prestadoras não participantes	
		(Você pagará menos)	(Você pagará mais)		
Se seu filho precisar de assistência odontológica ou oftalmológica	Exame oftalmológico infantil	Sem custo	Sem custo	<u>Cosseguro</u> de 30%	Limitado a 1 exame a cada 2 anos.
	Óculos infantil	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura
	Exame odontológico infantil	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura

Serviços excluídos e outros serviços cobertos

Serviços que seu plano geralmente NÃO cobre (verifique sua apólice ou documento do plano para obter mais informações e uma lista de quaisquer outros serviços excluídos).

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia estética • Assistência odontológica (adulto e infantil) • Atendimentos em sala de emergência para serviços não emergenciais | <ul style="list-style-type: none"> • Óculos (adulto e infantil) • Tratamentos a longo prazo • Atendimentos não emergenciais ao viajar para fora dos EUA | <ul style="list-style-type: none"> • Serviços de enfermagem particular (exceto por assistência domiciliar e cuidados paliativos) • Assistência podológica de rotina (exceto para doenças vasculares metabólicas ou periféricas) |
|--|--|---|

Outros serviços cobertos (poderão ser aplicadas limitações a estes serviços. Esta não é uma lista completa. Por favor, consulte o documento do seu plano).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (\$70 por consulta; 12 consultas por ano) • Cirurgia bariátrica (somente para obesidade mórbida — 1 procedimento cirúrgico por vida) • Tratamento quiroprático (25 consultas por ano) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparelhos auditivos (\$6.000 a cada 36 meses) • Tratamento para infertilidade (\$20.000 por vida — procedimentos abrangentes e avançados de tecnologia reprodutiva combinados) | <ul style="list-style-type: none"> • Massoterapia (\$70 por consulta; 12 consultas por ano) • Assistência oftalmológica de rotina (adulto e infantil — 1 exame a cada 2 anos) • Programas para perda de peso (somente para obesidade mórbida) |
|--|---|--|

Seus direitos, caso queira continuar a cobertura: existem agências que podem lhe ajudar caso queira continuar sua cobertura após o término. Use as seguintes informações para contatar essas agências: Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Centro de Informações ao Consumidor e Supervisão de Seguros no telefone (877) 267-2323 x 61565 ou pelo site www.cciio.cms.gov; Cidade de Portland, Maine, no telefone (207) 874-8300. Outras opções de cobertura também poderão estar disponíveis, incluindo a aquisição de cobertura de seguro individual por meio do Health Insurance Marketplace. Para obter mais informações sobre o Marketplace, visite o site www.HealthCare.gov ou ligue para 1-800-318-2596.

Seus direitos de reclamação e apelação: Existem agências que podem lhe ajudar caso tenha uma queixa contra o seu plano devido à rejeição de uma solicitação. Essa queixa é chamada de reclamação ou apelação. Para obter mais informações sobre os seus direitos, consulte a descrição dos benefícios que você receberá com a solicitação médica. Os documentos do seu plano também fornecem informações completas sobre como fazer uma solicitação, apelação ou reclamação, por qualquer motivo, ao seu plano. Para obter mais informações sobre seus direitos, sobre este aviso ou assistência adicional, entre em contato com a Cidade de Portland, Maine, pelo telefone (207) 874-8300 ou com a Meritain Health, Inc. pelo telefone (800) 925-2272.

Além disso, um programa de assistência ao consumidor poderá lhe ajudar a registrar sua apelação. Entre em contato com a Divisão de Atendimento ao Consumidor da Secretaria de Seguros do Estado de Maine pelo telefone (800) 965-7476.

Este plano oferece Cobertura Mínima Essencial? Sim

A Cobertura Mínima Essencial geralmente inclui planos, seguros de saúde disponíveis através do Marketplace ou outras apólices individuais de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE e algumas outras coberturas. Se você for elegível para determinados tipos de Coberturas Mínimas Essenciais, poderá não ser elegível para o crédito fiscal sobre prêmio.

Este plano atende aos Padrões de Valor Mínimo? Sim

Se o seu plano não atender aos Padrões de Valor Mínimo, você poderá ter direito ao crédito fiscal sobre prêmio para lhe ajudar a pagar um plano por meio do Marketplace.

Serviços de acesso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-378-1179.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-378-1179.

Para ver exemplos de como este plano cobre os custos em um situação médica fictícia, consulte a próxima seção.

Sobre estes exemplos de cobertura:



Isto não é um estimador de custos. Os tratamentos demonstrados são apenas exemplos de como este plano poderá cobrir certos cuidados médicos. Seus custos reais serão diferentes dependendo do tratamento que você receber, dos preços cobrados pelas suas prestadoras e de muitos outros fatores. Concentre-se nos valores da divisão de gastos (franquias, copagamentos e cosseguos) e serviços excluídos do plano. Use essas informações para comparar as parcelas dos custos que você poderá pagar em diferentes planos de saúde. Observe que estes exemplos de cobertura são baseados apenas em coberturas individuais.

Peg vai ter um bebê

(9 meses de assistência pré-natal e parto hospitalar de nível 1)

■ <u>Franquia geral do plano</u>	\$400
■ <u>Cosseguo médico de assistência primária</u>	0%
■ <u>Cosseguo do hospital (unidade)</u>	10%
■ <u>Outro cosseguo</u>	10%

Este **EXEMPLO** de um caso inclui **serviços como:**

Consultas com um médico de assistência primária (*assistência pré-natal*)
 Serviços profissionais de parto
 Serviços de unidade de parto
 Exames diagnósticos (*ultrassom e exames de sangue*)
 Consulta com um especialista (*anestesia*)

Exemplo do custo total	\$12.700
-------------------------------	-----------------

Neste exemplo, a Peg pagaria:

<i>Divisão dos gastos</i>	
Franquias	\$400
Copagamentos	\$10
Cosseguo	\$1.000
<i>O que não é coberto</i>	
Limites e exclusões	\$60
O total que Peg pagaria:	\$1.470

Controlando a diabetes tipo 2 do Joe

(um ano de assistência de rotina de nível 1 para um quadro bem controlado)

■ <u>Franquia geral do plano</u>	\$400
■ <u>Copagamento para atendimento especializado</u>	\$20
■ <u>Cosseguo do hospital (unidade)</u>	10%
■ <u>Outro cosseguo</u>	10%

Este **EXEMPLO** de um caso inclui **serviços como:**

Consultas com um especialista (*incluindo educação sobre a doença*)
 Exames diagnósticos (*exames de sangue*)
 Medicamentos controlados
 Equipamento médico durável (*medidor de glicose*)

Exemplo do custo total	\$5.600
-------------------------------	----------------

Neste exemplo, o Joe pagaria:

<i>Divisão dos gastos</i>	
Franquias	\$400
Copagamentos	\$600
Cosseguo	\$50
<i>O que não é coberto</i>	
Limites e exclusões	\$20
O total que Joe pagaria:	\$1.070

Fratura pequena da Mia

(atendimento em sala de emergência e acompanhamento médico de nível 1)

■ <u>Franquia geral do plano</u>	\$400
■ <u>Copagamento para atendimento especializado</u>	\$20
■ <u>Copagamento do hospital (unidade)</u>	\$100
■ <u>Outro cosseguo</u>	10%

Este **EXEMPLO** de um caso inclui **serviços como:**

Atendimento em sala de emergência (*incluindo equipamentos médicos*)
 Exames diagnósticos (*raio-x*)
 Equipamento médico durável (*muletas*)
 Serviços de reabilitação (*terapia física*)

Exemplo do custo total	\$2.800
-------------------------------	----------------

Neste exemplo, a Mia pagaria:

<i>Divisão dos gastos</i>	
Franquias	\$400
Copagamentos	\$200
Cosseguo	\$90
<i>O que não é coberto</i>	
Limites e exclusões	\$0
O total que Mia pagaria:	\$690