

 O documento Summary of Benefits and Coverage (Resumo dos Benefícios e Cobertura, SBC) vai ajudar na escolha de um plano de saúde. O SBC vai mostrar-lhe de que forma vai partilhar, em conjunto com o plano, o custo da cobertura dos serviços de cuidados de saúde. **NOTA:** As informações relativas ao custo deste plano (denominado premium) serão fornecidas em separado. Este documento é apenas um resumo. Para mais informações sobre a cobertura ou para obter uma cópia dos termos de cobertura completos, consulte www.meritain.com ou ligue para o número (207) 874-8300. Para aceder às definições gerais de termos mais comuns, tais como montante permitido, faturação do saldo, cosseguro, copagamento, dedutível, fornecedor ou outros termos sublinhados, consulte o Glossário. Pode consultar o Glossário em www.healthcare.gov/sbc-glossary ou ligar para Meritain Health, Inc através do número (800) 925-2272 para solicitar uma cópia.

Perguntas importantes	Respostas	Importância da questão:
Qual é o montante dedutível global?	Para os <u>fornecedores</u> de Nível 1: \$400 por pessoa / \$800 por família Para os <u>fornecedores</u> de Nível 2 e 3: \$1000 por pessoa / \$2000 por família	De uma forma geral, deve pagar todos os custos provenientes dos <u>fornecedores</u> até ao montante <u>dedutível</u> antes deste plano começar a pagar. Caso tenha outros membros da família incluídos no plano, cada membro deve cumprir o seu montante <u>dedutível</u> individual até que o montante total de despesas <u>dedutíveis</u> pagas pelos membros da família cumpram o montante <u>dedutível</u> geral da família.
Existe cobertura de quaisquer serviços antes do cumprimento do seu montante dedutível?	Sim. Para os <u>fornecedores</u> de Nível 1 e 2: Os <u>serviços de cuidados preventivos</u> , <u>cuidados no serviços de urgência</u> – apenas <u>serviços de urgência</u> (todos os <u>fornecedores</u>), <u>cuidados urgentes</u> – cobranças de consultas no consultório, <u>serviços de cuidados paliativos</u> , cuidados pré-natais, serviços em ambulatório de saúde mental e abuso de substâncias, <u>serviços de reabilitação</u> , <u>serviços de habilitação</u> , exames oftalmológicos de rotina, <u>serviços de cuidados primários</u> (apenas <u>fornecedores</u> de Nível 1) e serviços <u>especializados</u> estão cobertos antes de atingir o seu montante <u>dedutível</u> .	Este plano oferece cobertura em alguns produtos e serviços mesmo que ainda não tenha cumprido o montante <u>dedutível</u> . No entanto, poderá aplicar-se um <u>copagamento</u> ou <u>cosseguro</u> . Por exemplo, este plano oferece a cobertura de determinados <u>serviços preventivos</u> sem custos <u>partilhados</u> e antes de cumprir o seu montante <u>dedutível</u> . Para consultar uma lista de <u>serviços preventivos</u> , aceda a https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Existem outros montantes dedutíveis para serviços específicos?	Não.	Não precisa de cumprir <u>montantes dedutíveis</u> para serviços específicos.
Qual é o limite de gastos próprios deste plano?	Para os <u>fornecedores</u> de Nível 1: \$1500 por pessoa / \$3000 por família Para os <u>fornecedores</u> de Nível 2 e 3: \$2500 por pessoa / \$5000 por família	O <u>limite de gastos próprios</u> é o montante máximo que pode pagar num ano em serviços com cobertura. Se tiver outros familiares neste plano, estes devem cumprir os seus próprios <u>limites de gastos próprios</u> até que o <u>limite de gastos próprios</u> geral da família seja cumprido.

Perguntas importantes	Respostas	Importância da questão:
O que não se encontra incluído no <u>limite de gastos próprios</u>?	Este <u>plano</u> não inclui <u>prêmios</u> , montantes de penalização <u>por autorização prévia</u> , encargos de <u>faturação do saldo</u> e cuidados de saúde.	Embora pague estas despesas, as mesmas não são contabilizadas no <u>limite de gastos próprios</u> .
Poderá pagar menos se utilizar um <u>fornecedor pertencente à rede</u>?	Sim. Aceda a https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=directlinknologin&planValue=STMMC%7CValue_Based_Health_Plan ou ligue para (800) 343-3140 para obter uma lista de <u>fornecedores pertencentes à rede</u> .	Este <u>plano</u> utiliza uma <u>rede de fornecedores</u> . Se utilizar um <u>fornecedor pertencente à rede</u> do <u>plano</u> , o montante a pagar será menor. Se utilizar um <u>fornecedor não pertencente à rede</u> , pagará um valor mais elevado, sendo que poderá também receber uma fatura de um <u>fornecedor</u> relativa à diferença entre a cobrança do fornecedor e aquilo que o seu <u>plano</u> paga (<u>faturação de saldo</u>). Tenha em atenção que o seu <u>fornecedor pertencente à rede</u> poderá utilizar outro <u>fornecedor não pertencente à rede</u> para obter qualquer tipo de serviços (tais como análises de laboratório). Consulte o seu <u>fornecedor</u> antes de obter estes serviços.
Necessita de um <u>encaminhamento</u> para consultar um <u>especialista</u>?	Não.	Pode consultar o <u>especialista</u> que escolher sem necessidade de <u>encaminhamento</u> .



Todos os custos de **copagamentos** e **cosseguros** apresentados nesta tabela são os valores obtidos após o seu **montante dedutível** ser cumprido, caso o mesmo se aplique.

Evento médico comum	Serviços de que pode necessitar	O que vai pagar			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Fornecedores designados	Nível 2 Fornecedores aderentes não designados	Nível 3 Fornecedores não aderentes	
		(vai pagar menos)	(vai pagar mais)		
Caso visite um consultório ou clínica de um <u>fornecedor de cuidados de saúde</u>	Consulta de cuidados primários para tratamento de uma lesão ou doença	Sem custos	<u>Cosseguro</u> de 30%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Inclui a telemedicina, com exceção do Teladoc. Sem custos e o <u>montante dedutível</u> não se aplica se receber serviços de consulta através do Teladoc.
	Consulta de <u>especialista</u>	<u>Copagamento</u> de \$20 por consulta (o <u>montante dedutível</u> não se aplica)	<u>Copagamento</u> de \$20 por consulta (o <u>montante dedutível</u> não se aplica)	<u>Cosseguro</u> de 30%	O <u>copagamento</u> é aplicado por consulta, independentemente dos serviços prestados (inclui telemedicina, exceto Teladoc). Sem custos e o <u>montante dedutível</u> não se aplica se receber serviços de consulta através do Teladoc.
	<u>Cuidados preventivos/ análises/vacinação</u>	Sem custos	Sem custos	<u>Cosseguro</u> de 30%	Pode ter de pagar serviços que não se incluam nos <u>cuidados preventivos</u> . Pergunte ao seu <u>fornecedor</u> se os serviços necessários se enquadram como <u>cuidados preventivos</u> . Em seguida, consulte o <u>plano</u> para perceber o que pagará.
Se realizar um exame	<u>Exame de diagnóstico</u> (Raio-X, análise ao sangue)	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	-----nenhum-----
	Imagiologia (TAC/PET, ressonâncias magnéticas)	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	<u>Autorização prévia</u> necessária para PET e TAC/ressonâncias magnéticas não ortopédicas. Caso não obtenha a autorização prévia, os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3.

Evento médico comum	Serviços de que pode necessitar	O que vai pagar			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Fornecedores designados	Nível 2 Fornecedores aderentes não designados	Nível 3 Fornecedores não aderentes	
		(vai pagar menos)	(vai pagar mais)		
Caso necessite de medicamentos para tratar uma condição ou doença Para mais informações sobre <u>cobertura de medicamentos receitados</u> , aceda a www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>copagamento</u> (30 dias de receita em loja)/\$15 de <u>copagamento</u> (90 dias de receita em loja ou pelo correio)	\$10 de <u>copagamento</u> (30 dias de receita em loja)/\$15 de <u>copagamento</u> (90 dias de receita em loja)	O <u>montante dedutível</u> não se aplica. Oferece cobertura até 90 dias de fornecimento (receita em loja); 90 dias de fornecimento (receita por correio); 30 dias de fornecimento (<u>medicamentos de especialidade</u>). Este <u>copagamento</u> aplica-se por receita. Não existem qualquer custos para medicamentos preventivos. Aplica-se a disposição de terapia por etapas. Consulte o documento do <u>plano</u> para cobertura de certos medicamentos para doenças crónicas dispensados em farmácias de retalho ou através do programa de pedidos por correio.	
	Medicamentos de marca preferenciais	\$30 de <u>copagamento</u> (30 dias de receita em loja)/\$45 de <u>copagamento</u> (90 dias de receita em loja ou pelo correio)	\$30 de <u>copagamento</u> (30 dias de receita em loja)/\$45 de <u>copagamento</u> (90 dias de receita em loja)		
	Medicamentos de marca não preferenciais	\$60 de <u>copagamento</u> (30 dias de receita em loja)/\$90 de <u>copagamento</u> (90 dias de receita em loja ou pelo correio)	\$60 de <u>copagamento</u> (30 dias de receita em loja)/\$90 de <u>copagamento</u> (90 dias de receita em loja)		
	<u>Medicamentos de especialidade</u>	Custa o mesmo que o genérico, medicamentos de marca preferenciais e não preferenciais (receita em loja)			

Evento médico comum	Serviços de que pode necessitar	O que vai pagar			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Fornecedores designados	Nível 2 Fornecedores aderentes não designados	Nível 3 Fornecedores não aderentes	
		(vai pagar menos)	(vai pagar mais)		
Caso efetue uma cirurgia em ambulatório	Taxa do estabelecimento (por exemplo, centro de cirurgia de ambulatório)	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos fornecedores de Nível 1. É necessária <u>autorização prévia</u> para determinadas cirurgias. Caso não obtenha a autorização prévia, os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3. Consulte o documento do <u>plano</u> para a cobertura de certas taxas profissionais de cirurgião.
	Taxas do médico/cirurgião	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	
Caso precise de assistência médica imediata	<u>Cuidados no serviço de urgência</u>	\$100 de <u>copagamento</u> / consulta (<u>serviços de urgência</u>)/Não abrangido (exceto <u>serviços de urgência</u>)	\$100 de <u>copagamento</u> / consulta (<u>serviços de urgência</u>)/Não abrangido (exceto <u>serviços de urgência</u>)	\$100 de <u>copagamento</u> / consulta (<u>serviços de urgência</u>)/Não abrangido (exceto <u>serviços de urgência</u>)	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2/Nível 3 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1 para <u>serviços de urgência</u> . O <u>copagamento</u> não é cobrado se der entrada no hospital.
	<u>Transporte médico de urgência</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2/Nível 3 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1.
	<u>Cuidados de urgência</u>	\$20 de <u>copagamento</u> / consulta (consulta no consultório)/ <u>Cosseguro</u> de 10% (todos os outros serviços)	\$20 de <u>copagamento</u> / consulta (consulta no consultório)/ <u>Cosseguro</u> de 10% (todos os outros serviços)	<u>Cosseguro</u> de 30%	O <u>copagamento</u> só se aplica a consultas no consultório médico.

Evento médico comum	Serviços de que pode necessitar	O que vai pagar			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Fornecedores designados	Nível 2 Fornecedores aderentes não designados	Nível 3 Fornecedores não aderentes	
		(vai pagar menos)	(vai pagar mais)		
Caso seja internado	Taxa do estabelecimento (por exemplo, quarto de hospital)	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1. É necessária <u>autorização prévia</u> . Caso não obtenha a autorização prévia, os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3. Consulte o documento do <u>plano</u> para a cobertura de certas taxas profissionais de cirurgião.
	Taxas do médico/cirurgião	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	
Case precise de serviços relacionados com saúde mental, comportamental ou de abuso de substâncias	Serviços para pacientes em ambulatório	Sem custos	Sem custos	Sem custos (saúde mental) / <u>Cosseguro</u> de 30% (abuso de substâncias)	Os <u>fornecedores</u> de saúde mental de Nível 2/3 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1. Inclui a telemedicina, com exceção do Teladoc. Inclui consultas de saúde comportamental através do Teladoc.
	Serviços para pacientes internados	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1. É necessária <u>autorização prévia</u> . Caso não obtenha a autorização prévia, os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3.

Evento médico comum	Serviços de que pode necessitar	O que vai pagar			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Fornecedores designados	Nível 2 Fornecedores aderentes não designados	Nível 3 Fornecedores não aderentes	
		(vai pagar menos)	(vai pagar mais)		
Se estiver grávida	Consultas	Sem custos (consultas pré-natais)/ <u>Cosseguro</u> de 10% (consultas pós-natais)	Sem custos (consultas pré-natais)/ <u>Cosseguro</u> de 10% (consultas pós-natais)	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1 para serviços de instalações e serviços profissionais. É necessária uma <u>autorização prévia</u> para internamentos hospitalares superiores a 48 horas (parto vaginal) ou 96 horas (cesariana). Caso não obtenha a autorização prévia, os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3. A <u>partilha de custos</u> não se aplica a <u>serviços preventivos</u> de um <u>fornecedor</u> de Nível1/Nível 2. Os cuidados de maternidade incluem testes e serviços descritos no SBC (por exemplo, ecografias). O bebé conta para as despesas da mãe.
	Serviços profissionais de obstetria/partos	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	
	Serviços efetuados por estabelecimentos de obstetria/partos	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	
Caso precise de auxílio no processo de recuperação ou caso tenha outras necessidades de saúde especiais	<u>Cuidados médicos em casa</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1. Limitado a 90 consultas por ano. É necessária <u>autorização prévia</u> . Caso não obtenha a autorização prévia, os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3.
	<u>Serviços de reabilitação</u>	\$10 de <u>copagamento</u> /consulta	\$10 de <u>copagamento</u> /consulta	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1. Será necessário realizar uma revisão de <u>necessidade médica</u> após a 25. ^a consulta por ano para terapia física, terapia da fala/audição e terapia ocupacional. Paga um <u>copagamento</u> de \$10 (<u>montante dedutível</u> dispensado) para terapia de massagem, limitada a 12 consultas por ano, até um máximo de \$70.

Evento médico comum	Serviços de que pode necessitar	O que vai pagar			Limitações, exceções e outras informações importantes
		Nível 1 Fornecedores designados	Nível 2 Fornecedores aderentes não designados	Nível 3 Fornecedores não aderentes	
		(vai pagar menos)	(vai pagar mais)		
	<u>Serviços de habilitação</u>	\$10 de <u>copagamento</u> / consulta	\$10 de <u>copagamento</u> / consulta	<u>Cosseguro</u> de 30%	-----nenhum-----
	<u>Cuidados de enfermagem especializados</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1. É necessária <u>autorização prévia</u> . Caso não obtenha a <u>autorização prévia</u> , os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3.
	<u>Equipamentos médicos duráveis</u>	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 10%	<u>Cosseguro</u> de 30%	Os <u>fornecedores</u> de Nível 2 são pagos ao nível dos benefícios dos <u>fornecedores</u> de Nível 1. É necessária uma <u>autorização prévia</u> para scooters ou cadeiras de rodas elétricas/motorizadas e dispositivos de compressão pneumática. Caso não obtenha a <u>autorização prévia</u> , os benefícios podem ser reduzidos em \$500 por ocorrência do custo total do serviço, apenas para <u>fornecedores</u> de Nível 3.
	<u>Serviços de cuidados paliativos</u>	Sem custos	Sem custos	<u>Cosseguro</u> de 30%	A terapia de luto está incluída.
Se uma criança precisar de tratamento dentário ou oftalmológico	Exame oftalmológico para crianças	Sem custos	Sem custos	<u>Cosseguro</u> de 30%	Limitado a 1 exame a cada 2 anos.
	Óculos para crianças	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura
	Exame dentário para crianças	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura	Sem cobertura

Serviços excluídos e outros serviços com cobertura

Serviços em que o seu plano normalmente NÃO oferece cobertura (consulte o documento ou a política referente ao seu plano para obter mais informações e uma lista de outros serviços excluídos.)

- Cirurgia plástica
- Tratamento dentário (adultos e crianças)
- Serviços de urgência para serviços não urgentes
- Óculos (adulto e criança)
- Cuidados de longa duração
- Cuidados que não se enquadram em serviços de urgência durante viagens fora dos E.U.A.
- Cuidados de enfermagem privados (exceto cuidados de saúde ao domicílio e cuidados paliativos)
- Cuidados de rotina com os pés (exceto em caso de doença metabólica ou vascular periférica)

Outros serviços com cobertura (Podem aplicar-se limitações a estes serviços. Esta lista não está completa. Consulte o documento do seu plano.)

- Acupuntura (\$70 por consulta; 12 consultas por ano)
- Cirurgia bariátrica (apenas para obesidade mórbida – 1 procedimento cirúrgico por vida)
- Cuidados quiropráticos (25 consultas por ano)
- Aparelhos auditivos (\$6000 a cada 36 meses)
- Tratamento de infertilidade
- Terapia de massagem (\$70 por consulta; 12 consultas por ano)
- Cuidados oftalmológicos de rotina (adulto e criança – 1 exame a cada 2 anos)
- Programas de perda de peso (apenas para obesidade mórbida)

Os seus direitos para o prolongamento da cobertura: Existem agências que o podem ajudar caso pretenda prolongar a cobertura para além do período em que esta termine. As informações de contacto para essas agências são: o Departamento de Saúde e de Recursos Humanos, o Centro de Informações do Consumidor e a Fiscalização de Seguros através do número (877) 267-2323 x 61565 ou através da ligação www.cciio.cms.gov ou a Cidade de Portland, Maine, pelo telefone (207) 874-8300. Outras opções de cobertura também podem estar disponíveis para si, incluindo a cobertura de seguro individual através do seguro de saúde Marketplace. Para mais informações sobre o Marketplace, consulte www.HealthCare.gov ou ligue para o número 1-800-318-2596.

Os seus direitos de reclamação e de recurso: Existem agências que o podem ajudar caso deseje apresentar uma reclamação contra o seu plano relativamente à recusa de uma queixa. Esta queixa é denominada reclamação ou recurso. Para mais informações sobre os seus direitos, consulte a explicação dos benefícios a que terá direito relativamente a essa queixa médica. Os documentos do seu plano também fornecem informações sobre como apresentar uma queixa, recurso ou reclamação relativas ao seu plano. Para mais informações sobre os seus direitos, este aviso ou assistência, entre em contacto com a Cidade de Portland, Maine, pelo telefone (207) 874-8300, ou Meritain Health, Inc. pelo telefone (800) 925-2272.

Adicionalmente, um programa de assistência ao consumidor poderá ajudá-lo a apresentar o seu recurso. Contacte o Programa de assistência aos consumidores de seguros de saúde do Maine (MHICAP) através do número (800) 965-7476.

Este plano oferece uma cobertura essencial mínima? Sim

A cobertura essencial mínima normalmente inclui planos, seguro de saúde disponível através do Marketplace ou outras políticas individuais de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE e determinadas outras coberturas. Caso seja elegível para determinados tipos de cobertura essencial mínima, pode não ser elegível para o crédito fiscal premium.

Este plano cumpre os padrões de valor mínimo? Sim

Se o seu plano não cumprir os padrões de valor mínimo, pode ser elegível para um crédito fiscal premium para ajudar a pagar um plano através do Marketplace.

Serviços de acesso linguístico:

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, kwüjigo holne' 1-800-378-1179.

Para ver exemplos de como este plano pode cobrir os custos de uma determinada situação médica, consulte a próxima seção.

Sobre estes exemplos de cobertura:



Esta secção não é uma avaliação de custos. Os tratamentos apresentados são apenas exemplos de como este plano pode cobrir os custos de cuidados médicos. Os custos reais serão diferentes consoante os cuidados de saúde que procure, os preços cobrados pelos seus fornecedores, entre muitos outros fatores. Preste atenção aos montantes de custos partilhados (montantes dedutíveis, copagamentos e cosseguros) e aos serviços excluídos ao abrigo deste plano. Utilize estas informações para comparar a parcela dos custos que poderá pagar de acordo com planos de saúde diferentes. Tenha em atenção que estes exemplos de coberturas se baseiam apenas numa cobertura individual.

A Peg vai ter um bebé (9 meses de cuidados pré-natais de Nível 1 dentro da rede e um parto no hospital)		Gestão da diabetes tipo 2 do Joe (um ano de cuidados de rotina de Nível 1 relativos a uma condição de saúde bem controlada)		Fratura simples da Mia (consulta no serviço de urgência e cuidados de acompanhamento de Nível 1)	
■ O <u>montante dedutível global do plano</u>	\$400	■ O <u>montante dedutível global do plano</u>	\$400	■ O <u>montante dedutível global do plano</u>	\$400
■ <u>Cosseguro do médico de cuidados primários</u>	0%	■ <u>Copagamento de especialista</u>	\$20	■ <u>Copagamento de especialista</u>	\$20
■ <u>Cosseguro hospitalar (estabelecimento)</u>	10%	■ <u>Cosseguro hospitalar (estabelecimento)</u>	10%	■ <u>Copagamento do hospital (estabelecimento)</u>	\$100
■ <u>Outro cosseguro</u>	10%	■ <u>Outro cosseguro</u>	10%	■ <u>Outro cosseguro</u>	10%
Este EXEMPLO inclui serviços como: Consultas de médicos de cuidados primários (<i>cuidados pré-natais</i>) Serviços profissionais de obstetrícia/partos Serviços efetuados por estabelecimentos de obstetrícia/partos Exames de diagnóstico (<i>ecografias e análises ao sangue</i>) Consulta de especialista (<i>anestesia</i>)		Este EXEMPLO inclui serviços como: Consultas especializadas (<i>incluindo consciencialização sobre doenças</i>) Exames de diagnóstico (<i>análises ao sangue</i>) Medicamentos receitados Equipamentos médicos duráveis (<i>monitor de glicemia</i>)		Este EXEMPLO inclui serviços como: Cuidados no serviço de urgência (<i>incluindo produtos médicos</i>) Exame de diagnóstico (<i>raio-X</i>) Equipamentos médicos duráveis (<i>canadianas</i>) Serviços de reabilitação (<i>fisioterapia</i>)	
Custo total do exemplo	\$12 700	Custo total do exemplo	\$5600	Custo total do exemplo	\$2800
Neste exemplo, a Peg pagaria:		Neste exemplo, o Joe pagaria:		Neste exemplo, a Mia pagaria:	
<i>Partilha de custos</i>		<i>Partilha de custos</i>		<i>Partilha de custos</i>	
Montantes dedutíveis	\$400	Montantes dedutíveis	\$400	Montantes dedutíveis	\$400
Copagamentos	\$10	Copagamentos	\$600	Copagamentos	\$200
Cosseguro	\$1000	Cosseguro	\$50	Cosseguro	\$90
<i>O que não se encontra abrangido</i>		<i>O que não se encontra abrangido</i>		<i>O que não se encontra abrangido</i>	
Limites ou exclusões	\$60	Limites ou exclusões	\$20	Limites ou exclusões	\$0
O total que a Peg iria pagar seria	\$1470	O total que o Joe iria pagar seria	\$1070	O total que a Mia iria pagar seria	\$690

O plano seria responsável pelos outros custos dos serviços com cobertura deste EXEMPLO.