

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.meritain.com o llame al (207) 874-8300. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a Meritain Health, Inc. al (800) 925-2272 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Para <u>proveedores</u> de nivel 1: individual \$400/familiar \$800. Para <u>proveedores</u> de nivel 2 y nivel 3: individual \$1,000/familiar \$2,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Para <u>proveedores</u> de nivel 1 y nivel 2: <u>atención preventiva</u> , <u>atención en la Sala de Emergencias</u> , <u>servicios de emergencia</u> únicamente (todos los <u>proveedores</u>), <u>atención de urgencia</u> : los cargos por visitas al consultorio, los <u>servicios del programa de cuidados paliativos</u> , la atención prenatal, los servicios ambulatorios de salud mental y por abuso de sustancias, los <u>servicios de rehabilitación</u> y <u>habilitación</u> , los exámenes de la vista de rutina y los servicios del <u>proveedor de atención primaria</u> (solo <u>proveedores</u> del nivel 1) y de <u>especialistas</u> están cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores</u> de nivel 1: individual \$1,500/familiar \$3,000. Para <u>proveedores</u> de nivel 2 y nivel 3: individual \$2,500/familiar \$5,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Ingrese en https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=directlinknologin&planValue=STM%7CValue_Based_Health_Plan o llame al (800) 343-3140 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a 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 del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .

 Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1: Proveedores designados	Nivel 2: Proveedores participantes no designados	Nivel 3: Proveedores no participantes	
		(Usted pagará el mínimo)	(Usted pagará el máximo)		
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo.	30 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	Incluye servicios de telemedicina que no sean de Teladoc. No se aplica ningún cargo ni <u>deducible</u> si recibe servicios de consulta a través de Teladoc.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$20 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$20 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	El <u>copago</u> se aplica por visita, independientemente de los servicios prestados (Incluye servicios de telemedicina que no sean de Teladoc). No se aplica ningún cargo ni <u>deducible</u> si recibe servicios de consulta a través de Teladoc.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	30 % de <u>coseguro</u> .	Es posible que deba pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	-----Ninguna.-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	Las tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética no ortopédicas y las tomografías por emisión de positrones requieren <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1: Proveedores designados	Nivel 2: Proveedores participantes no designados	Nivel 3: Proveedores no participantes	
		(Usted pagará el mínimo)	(Usted pagará el máximo)		
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>copago</u> (suministro de 30 días al por menor)/\$15 de <u>copago</u> (suministro de 90 días al por menor y pedidos por correo).		\$10 de <u>copago</u> (suministro de 30 días al por menor)/\$15 de <u>copago</u> (suministro de 90 días al por menor).	No se aplica <u>deducible</u> . Cubre un suministro de hasta 90 días (medicamentos con receta médica al por menor), un suministro de 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo) y un suministro de 30 días (<u>medicamentos de especialidad</u>). El <u>copago</u> se aplica por receta médica. No se aplican cargos para los medicamentos preventivos. Se aplica la disposición de terapia escalonada. Consulte el documento del <u>plan</u> para conocer la cobertura de determinados medicamentos de mantenimiento dispensados en farmacias al por menor o a través del programa de pedidos por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	\$30 de <u>copago</u> (suministro de 30 días al por menor)/\$45 de <u>copago</u> (suministro de 90 días al por menor y pedidos por correo).		\$30 de <u>copago</u> (suministro de 30 días al por menor)/\$45 de <u>copago</u> (suministro de 90 días al por menor).	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de <u>copago</u> (suministro de 30 días al por menor)/\$90 de <u>copago</u> (suministro de 90 días al por menor y pedidos por correo).		\$60 de <u>copago</u> (suministro de 30 días al por menor)/\$90 de <u>copago</u> (suministro de 90 días al por menor).	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se pagan igual que los medicamentos genéricos y los de marca preferidos y no preferidos (al por menor).			
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los proveedores del nivel 1. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertas cirugías. Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente. Consulte el documento del <u>plan</u> para conocer las tarifas de determinados cirujanos.
	Tarifas del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1: Proveedores designados	Nivel 2: Proveedores participantes no designados	Nivel 3: Proveedores no participantes	
		(Usted pagará el mínimo)	(Usted pagará el máximo)		
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 de <u>copago</u> /visita (<u>servicios de emergencia</u>)/Sin cobertura (<u>servicios que no son de emergencia</u>).	\$100 de <u>copago</u> /visita (<u>servicios de emergencia</u>)/Sin cobertura (<u>servicios que no son de emergencia</u>).	\$100 de <u>copago</u> /visita (<u>servicios de emergencia</u>)/Sin cobertura (<u>servicios que no son de emergencia</u>).	A los <u>proveedores</u> de los niveles 2 y 3 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1 por <u>servicios de emergencia</u> . No se aplica el <u>copago</u> cuando el miembro es admitido en el hospital.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> de los niveles 2 y 3 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$20 de <u>copago</u> /visita (consultorio)/10 % de <u>coseguro</u> (todos los demás servicios).	\$20 de <u>copago</u> /visita (consultorio)/10 % de <u>coseguro</u> (todos los demás servicios).	30 % de <u>coseguro</u> .	El <u>copago</u> solo se aplica a las visitas en el consultorio del médico.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente. Consulte el documento del <u>plan</u> para conocer las tarifas de determinados cirujanos.
	Tarifas del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo.	Sin cargo.	Sin cargo (salud mental)/30 % de <u>coseguro</u> (abuso de sustancias).	A los <u>proveedores</u> de los niveles 2 y 3 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1. Incluye servicios de telemedicina que no sean de Teladoc. Incluye consultas de salud conductual a través de Teladoc.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1: Proveedores designados	Nivel 2: Proveedores participantes no designados	Nivel 3: Proveedores no participantes	
		(Usted pagará el mínimo)	(Usted pagará el máximo)		
	Servicios para pacientes hospitalizados	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo (visitas prenatales)/10 % de <u>coseguro</u> (visitas posparto)	Sin cargo (visitas prenatales)/10 % de <u>coseguro</u> (visitas posparto)	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1 por servicios profesionales y del centro. Se requiere <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente. El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> de los <u>proveedores</u> de los niveles 1 y 2. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Los gastos del bebé se suman a los gastos de la madre.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1. Se limita a 90 visitas por año. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$10 de <u>copago</u> /visita.	\$10 de <u>copago</u> /visita.	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1. Se debe completar una revisión de <u>necesidad médica</u> después de la visita número 25 por año para fisioterapia, terapias ocupacional, del habla y de la audición. Paga un <u>copago</u> de \$10 (sin <u>deducible</u>) por terapia de masajes; tiene un límite de 12 visitas por año hasta un máximo de \$70.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1: Proveedores designados	Nivel 2: Proveedores participantes no designados	Nivel 3: Proveedores no participantes	
		(Usted pagará el mínimo)	(Usted pagará el máximo)		
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$10 de <u>copago</u> /visita.	\$10 de <u>copago</u> /visita.	30 % de <u>coseguro</u> .	-----Ninguna.-----
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente.
	<u>Equipo médico duradero</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	10 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	A los <u>proveedores</u> del nivel 2 se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> del nivel 1. Se requiere <u>autorización previa</u> para los vehículos de movilidad o las sillas de ruedas eléctricos o motorizados y los dispositivos de compresión neumática. Si no se obtiene la autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio por vez para <u>proveedores</u> del nivel 3 únicamente.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	30 % de <u>coseguro</u> .	Se cubre la terapia por duelo.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cargo.	30 % de <u>coseguro</u> .	Se limita a 1 examen cada 2 años.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<p>Servicios que su <u>plan</u>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética. • Atención dental (adultos y niños). • Servicios en la Sala de Emergencias para servicios que no son de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos (adultos y niños). • Atención a largo plazo. • Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería particular (excepto la atención médica en el hogar y los programas de cuidados paliativos). • Atención de rutina para los pies (excepto por enfermedad vascular periférica o metabólica).

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura (\$70 por visita, 12 visitas por año).
- Cirugía bariátrica (solo para tratar la obesidad mórbida, 1 procedimiento quirúrgico de por vida).
- Cuidado quiropráctico (25 visitas por año).
- Audífonos (\$6,000 cada 36 meses).
- Tratamiento para la infertilidad.
- Terapia de masajes (\$70 por visita, 12 visitas por año).
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños: 1 examen cada 2 años).
- Programas para la pérdida de peso (solo para tratar la obesidad mórbida).

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, (877) 267-2323 (interno 61565) o www.cciiio.cms.gov. O bien, City of Portland, Maine, (207) 874-8300. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: City of Portland, Maine al (207) 874-8300 o Meritain Health, Inc. al (800) 925-2272.

Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una [apelación](#). Comuníquese con el programa de asistencia al consumidor de seguros de salud de Maine (MHICAP) al (800) 965-7476.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso 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, kwiiijigo holne' 1-800-378-1179.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal de nivel 1 y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$400
■ <u>Coseguro</u> del <u>médico de atención primaria</u>	0 %
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	10 %
■ Otro <u>coseguro</u>	10 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al médico de atención primaria (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$400
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,000

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es **\$1,470**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de nivel 1 de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$400
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$20
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	10 %
■ Otro <u>coseguro</u>	10 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*incluye la educación sobre enfermedades*)

Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$400
Copagos	\$600
Coseguro	\$50

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es **\$1,070**

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias de nivel 1 y atención de seguimiento)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$400
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$20
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$100
■ Otro <u>coseguro</u>	10 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)

Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$400
Copagos	\$200
Coseguro	\$90

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mía pagaría es **\$690**