



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo compartirán el plan y usted el costo de los servicios de atención de la salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esta información es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos de cobertura completos, lo que incluye una copia de la Descripción Abreviada del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) del Fondo, llame al (646) 473-9200 o ingrese en www.1199SEIUBenefits.org/es. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.1199SEIUBenefits.org/es o puede llamar al (646) 473-9200 para solicitar una copia.

Los miembros elegibles reciben **todos** los beneficios enumerados a continuación para **ellos y sus hijos inscritos**.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué es Importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos Médicos Comunes que figura a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de que alcance su deducible?	Sí.	Este plan cubre todos los artículos y servicios sin un deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos directos del bolsillo para este plan?	No corresponde.	Este plan no posee límite de gastos directos del bolsillo en sus gastos.
¿Qué se excluye del límite de gastos directos del bolsillo?	No corresponde.	Este plan no posee límite de gastos directos del bolsillo en sus gastos.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red?	Sí. Ingrese en www.1199SEIUBenefits.org/es o llame al (646) 473-9200 para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de parte del proveedor con la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para determinados servicios (como, por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin un referido.

El Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de Cuidados en el Hogar se considera a sí mismo como un “plan de salud de derechos adquiridos” en virtud de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo.



Los servicios, los procedimientos, el equipo, las admisiones y los medicamentos que no tengan una aprobación previa de acuerdo con los términos de la Descripción Abreviada del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) no tendrán cobertura.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si tiene una consulta en el consultorio o la clínica del proveedor de salud	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Alergia: Hasta 20 tratamientos por año, incluidos dos visitas de análisis como máximo Dermatología: Hasta 20 tratamientos por año Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Atención preventiva/ examen médico/ inmunización</u>	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
Si se realiza una prueba	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran ciertos procedimientos. Consulte la pestaña “Para proveedores” en www.1199SEIUBenefits.org/es para obtener una lista de los procedimientos que requieren <u>aprobación previa</u> . Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET scans, MRI, MRA)	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran estos servicios. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información acerca de la cobertura para medicamentos recetados visite www.1199SEIUBenefits.org/es	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> de \$3 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista <u>Copago</u> de \$6 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de pedido por correo	Cargos del <u>proveedor</u>	Los <u>proveedores participantes</u> son farmacias que aceptan Express Scripts. Si utiliza una farmacia no participante, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo. Para los medicamentos que no figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos del Fondo (medicamentos no preferidos), también debe pagar la diferencia entre el precio del medicamento preferido y el no preferido. Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran ciertos medicamentos. Determinados medicamentos están sujetos a la administración de programas clínicos. Los medicamentos recetados para afecciones crónicas deben obtenerse a través de <i>The 1199SEIU 90-Day Rx Solution</i> . Para acceder a la Lista de Medicamentos Preferidos y otra información importante, visite www.1199SEIUBenefits.org/es .
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$6 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista <u>Copago</u> de \$12 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de pedido por correo	Cargos del <u>proveedor</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> de \$6 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista <u>Copago</u> de \$12 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de pedido por correo Se le cobrará una diferencia además de su <u>copago</u> .	Cargos del <u>proveedor</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Se aplican <u>copagos</u> para medicamentos genéricos y de marca. Se le cobrará una diferencia por los medicamentos de marca no preferidos.	Cargos del <u>proveedor</u>	

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si se realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (por ejemplo: centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo para el uso del centro	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran ciertos procedimientos. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Honorarios de <u>médicos</u> y cirujanos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran ciertos procedimientos. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Servicios en la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$3 si no es ingresado en el hospital	<u>Copago</u> de \$3 si no es ingresado en el hospital, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Debe utilizar la <u>sala de emergencias</u> de un hospital solo si se trata de una emergencia médica legítima, y debe ocurrir dentro de las 72 horas posteriores a una lesión o a la aparición de una enfermedad grave y repentina. Si acude a la <u>sala de emergencias</u> de un hospital no participante, es posible que incurra en costos adicionales que paga <u>de su bolsillo</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	No se cubre el uso de <u>transporte médico de emergencia</u> en situaciones que no sean de emergencia. Es posible que incurra en costos adicionales que paga <u>de su bolsillo</u> si utiliza un <u>proveedor de transporte médico de emergencia</u> con el que el Fondo no tiene un contrato. Los traslados de un hospital a otro requieren <u>aprobación previa</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ejemplo: habitación del hospital)	<u>Copago</u> de \$25 por admisión	<u>Copago</u> de \$25 por admisión, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran las admisiones que no sean de emergencia. Se requiere una notificación dentro de las 48 horas posteriores a una admisión de emergencia. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Honorarios de <u>médicos</u> y cirujanos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo. Incluso si acude a un hospital participante, los cirujanos y los anestesiólogos pueden ser <u>proveedores no participantes</u> .
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	La estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés) y algunas pruebas de detección de drogas requieren <u>aprobación previa</u> . Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Copago</u> de \$25 por admisión	<u>Copago</u> de \$25 por admisión, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran las admisiones que no sean de emergencia, los programas de <u>hospitalización</u> parcial y los programas ambulatorios intensivos. Se requiere una notificación dentro de las 48 horas posteriores a una admisión de emergencia. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Servicios profesionales para el parto/ nacimiento del niño	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Servicios del centro para el parto/ nacimiento del niño	<u>Copago</u> de \$25 por admisión	<u>Copago</u> de \$25 por admisión, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran las estadías de pacientes hospitalizadas de más de 48 horas (parto natural) o 96 horas (parto por cesárea). Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubra el equipo de lactancia de hospital. La consulta sobre lactancia se limita a tres visitas y se cubre solo cuando la proporcionan <u>proveedores</u> certificados. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran estos servicios. La cobertura se limita a 60 consultas por año en función de la <u>necesidad médica</u> . Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$5 para consulta de pacientes externos <u>Copago</u> de \$25 por hospitalización	<u>Copago</u> de \$5 por consulta de pacientes externos, además de los cargos del <u>proveedor</u> <u>Copago</u> de \$25 por hospitalización, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubra la <u>rehabilitación con hospitalización</u> . La cobertura para la <u>rehabilitación con hospitalización</u> se limita a 30 días por año en un hospital de cuidados agudos. La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla para pacientes externos se limita a 25 consultas por disciplina por año. Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran las consultas adicionales. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$5 por consulta	<u>Copago</u> de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	La cobertura es solo para <u>servicios de rehabilitación</u> de pacientes externos. La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla se limita a 25 consultas por disciplina por año. Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran las consultas adicionales. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Centro de enfermería especializada</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran estos servicios. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales (continuación)	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran ciertos artículos. Se excluyen las modificaciones de vehículos, las modificaciones de viviendas, y los equipos para el baño y para ejercicios. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Servicios paliativos o para enfermos terminales</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para que se cubran los <u>servicios paliativos o para enfermos terminales</u> para pacientes hospitalizados. La cobertura se limita a 210 días de atención en <u>hospicios</u> de por vida en un programa de <u>hospicios</u> certificado por Medicare brindada en un <u>hospicio</u> , un hospital o un centro de <u>enfermería especializada</u> , o para servicios en el hogar para pacientes externos proporcionados por un <u>hospicio</u> autorizado. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo cuando utiliza un <u>proveedor participante</u> en la <u>red</u> de Atención de la Vista	Cargos del <u>proveedor</u> . Reúne los requisitos para recibir un reembolso de \$18.	Un examen cada dos años como máximo. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Anteojos o lentes de contacto para niños	Sin cargo para monturas o lentes incluidos en el programa del Fondo	Cargos del <u>proveedor</u> . Reúne los requisitos para recibir un reembolso de \$57.	La cobertura se limita a un par de anteojos recetados o un pedido de lentes de contacto recetados del programa del Fondo cada dos años. El pago por el examen y los anteojos o lentes de contacto que no están incluidos en el programa del Fondo se limitará a la asignación del Fondo de \$75. No se cubren los tratamientos de lentes con protección ultravioleta o resistentes a rayones. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Control dental para niños	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Consulte la <u>SPD</u> para conocer los límites anuales aplicables a los beneficios, las restricciones de la <u>red</u> y otras exclusiones. Pueden aplicarse <u>copagos</u> a ciertas mejoras y ciertos materiales. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su SPD para obtener más información y una lista de todos los demás servicios excluidos.)

- Atención brindada en un centro de enfermería especializada o casa de reposo
- Cirugía estética
- Atención a largo plazo
- Tratamiento de la infertilidad
- Programas para la pérdida de peso

Otros Servicios Cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte su SPD.)

- Servicios de aborto
- Acupuntura por médicos o acupunturistas con licencia: La cobertura se limita a 25 tratamientos por año
- Cirugía bariátrica (sujeta a aprobación previa)
- Atención quiropráctica: La cobertura se limita a 12 tratamientos por año; Copago de \$5 por tratamiento
- Atención dental (adultos): Se pueden aplicar copagos
- Audífonos: Una vez cada tres años (se pueden aplicar copagos); Beneficio máximo de \$750 (\$375 para cada oído)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. (pueden aplicarse ciertas restricciones)
- Atención de enfermería privada (sujeta a aprobación previa y se aplican algunas restricciones)
- Atención de la vista de rutina (adultos): Un examen de la vista cada dos años; Un par de anteojos o un pedido de lentes de contacto cada dos años
- Cuidado de rutina de los pies: La cobertura se limita a 15 tratamientos por año; Copago de \$5 por tratamiento

Sus Derechos de Continuar la Cobertura: Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Comuníquese con el plan del Fondo al (646) 473-9200. También puede llamar a la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al (866) 444-3272 o puede ingresar en www.dol.gov/agencias/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta, o bien, puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al (877) 267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. También es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov/es o llame al (800) 318-2596.

Sus Derechos de Reclamo y Apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la negación de una reclamación. Este queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Apelaciones del Fondo al (646) 473-8951. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al (866) 444-3272 o puede ingresar en www.dol.gov/agencias/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta.

¿Este plan ofrece una Cobertura Esencial Mínima? Sí.

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de seguro u otra póliza de mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para recibir ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con las normas de Valor Mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de Valor Mínimo, es posible que usted reúna los requisitos para un crédito fiscal para la prima para que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso en Otros Idiomas: Para obtener asistencia en español, llame al (646) 473-9200.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*-----

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no calcula costos. Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg Tendrá un Bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$0
■ Coseguro del hospital (centro)*	\$25
■ Otros coseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (<i>atención prenatal</i>)	
Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño	
Servicios del centro para el parto/nacimiento del niño	
Pruebas diagnósticas (<i>ecografías y análisis de sangre</i>)	
Consulta con el <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)	
Costo Total del Ejemplo	\$12,700

En este ejemplo, Peg debería pagar:

<u>Costo Compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$60
Coseguro	\$0
<u>Lo Que No Está Cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que pagaría Peg es	\$70

*Copago del hospital

Control de la Diabetes Tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otros coseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del <u>médico de atención primaria</u> (<i>incluida la educación sobre enfermedades</i>)	
Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>)	
Medicamentos recetados	
Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)	
Costo Total del Ejemplo	\$5,600

En este ejemplo, Joe debería pagar:

<u>Costo Compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
<u>Lo Que No Está Cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$420

La Fractura Simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (centro)*	\$10
■ Otros coseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Servicios en la sala de emergencias (<i>incluidos los suministros médicos</i>)	
Pruebas diagnósticas (<i>radiografía</i>)	
Equipo médico duradero (<i>muletas</i>)	
Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)	
Costo Total del Ejemplo	\$2,800

En este ejemplo, Mia debería pagar:

<u>Costo Compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$0
<u>Lo Que No Está Cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$30

*Copago para la sala de emergencias

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

Servicios de Asistencia con el Idioma

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (646) 473-9200.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (646) 473-9200。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (646) 473-9200.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (646) 473-9200.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.(646) 473-9200.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (646) 473-9200.

אזקרה מפיא: הליה קארפשי ייא ראפ ואהראפ וענעז, שידיא טדער ריא ביוא: מאזקרה מפיא (646) 473-9200. -טפור. לאצפא ופ יירפ סעסיוורע

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথিচায় ভাষা সহায়তা পরামর্শ উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ (646) 473-9200.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (646) 473-9200.

رفاوتت ةىوغلل ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغلل ركذا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
مقرب لصتا. ن اجملاب كل (646) 473-9200.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez (646) 473-9200.

శరద్ధ పోట్టండి: ఒకవోళ మీరు తొలుగు భాష
మాట్లాడుతున్నట్లయితే, మి కొరకు తొలుగు భాషా సహాయక
సేవలు ఉచితంగా లభిస్తాయి. (646) 473-9200.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (646) 473-9200.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (646) 473-9200.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në (646) 473-9200.

