

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.cs.ny.gov o llame al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447). Para una definición general de los términos de uso común, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o puede llamar al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$1,250 (\$625 para personas inscritas de Grado 6 y menor) por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados. El deducible solo se aplica cuando usted busca servicios fuera de la red. | Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar los servicios cubiertos que use que ningún centro de la red o proveedor participante proporcione. El deducible se renueva cada año. Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. El deducible no se aplica para la atención dada por un proveedor participante o por un centro médico dentro de la red, servicios de atención preventiva, según se establece en la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), aparatos auditivos, pelucas protésicas, productos alimenticios sólidos modificados, segunda opinión en caso de un diagnóstico de cáncer, prótesis externas por mastectomía, sostén para la mastectomía, servicios de emergencia, servicios de ambulancia de emergencia, Programa Administrado de Medicina Física (Managed Physical Medicine Program) o medicamentos con receta médica. | La mayoría de los servicios que prestan los proveedores participantes o los centros dentro de la red solo requieren un copago y no se cuentan para el deducible del Programa Médico Básico (Basic Medical Program). El deducible solo se aplica cuando usted recibe servicios fuera de la red. |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | Sí. \$250 por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados para el Programa Administrado de Medicina Física. No hay otros deducibles específicos. | Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que este plan empiece a pagar estos servicios. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Máximo dentro de la red: Individual \$4,000/Familiar \$8,000.* Máximo de coseguros fuera de la red: \$3,750 (\$1,875 para personas inscritas de Grado 6 y menor) por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados. * El límite de OOP de medicamentos dentro de la red no se aplica a los afiliados al plan Empire Medicare Rx. | El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (por lo general, un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar para los gastos de atención médica. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Las primas, los cargos de facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre no se cuentan para ningún <u>límite de gastos de bolsillo</u> . En el máximo dentro de la red no se incluyen los gastos fuera de la red y cargos adicionales. El máximo de coseguros fuera de la red no incluye copagos de centros, penalizaciones ni gastos en virtud de los servicios del Programa de Medicamentos con Receta Médica (Prescription Drug Program), Programa Administrado de Medicina Física o Programa de Apoyo a la Atención en el Hogar (Home Care Advocacy Program). | Aunque usted paga estos gastos, no se cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visite www.cs.ny.gov/employee-benefits o llame al 1-877-7-NYSHIP y elija el programa apropiado para obtener una lista de los proveedores participantes. | Si usa un médico dentro de la red u otro <u>proveedor</u> de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga presente que su médico o su hospital dentro de la red pueden usar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos 'dentro de la red', ' <u>preferido</u> ' o 'participante' para los <u>proveedores</u> que forman parte de su <u>red</u> . Consulte la tabla que empieza a continuación para saber cómo paga este plan a los distintos tipos de <u>proveedores</u> . |
| ¿Necesita una derivación para ver a un especialista ? | No. Usted no necesita una derivación para consultar a un especialista. | Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin permiso de este plan. |



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si va al consultorio o clínica del proveedor de atención médica | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$25 de copago por consulta | 20% de coseguro | ————ninguna———— |
| | Consulta con un especialista | \$25 de copago por consulta | 20% de coseguro | |
| | Atención preventiva/pruebas de detección /vacunación | Sin cargo | La mayoría de los servicios no están cubiertos | Ciertos servicios están cubiertos cuando los presta un proveedor no participante, incluyendo los servicios de bienestar para niños. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si se hace un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | \$25 de copago/visita en el consultorio; \$50 de copago (\$40 por NYS CSEA y UCS)/entorno de hospital como paciente ambulatorio | 20% de coseguro en un consultorio; 10% de coseguro o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio | ————ninguna———— |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$25 de copago/visita en el consultorio; \$50 de copago (\$40 por NYS CSEA y UCS)/entorno de hospital como paciente ambulatorio | 20% de coseguro en un consultorio; 10% de coseguro o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio | Se requiere una certificación previa si no es una emergencia ni un procedimiento que requiera hospitalización. Si no tiene la certificación previa, el costo será mayor. Si se determina que el examen o procedimiento no es médicamente necesario, no se cubrirá. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta médica , visite www.cs.ny.gov . | Nivel 1 o para la mayoría de los medicamentos genéricos | \$5 por suministro de medicamentos para 1 a 30 días; \$10 por suministro de medicamentos para 31 a 90 días en farmacia de la red; \$5 por suministro de medicamentos para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad | Los reclamos por sus costos de desembolso directo pueden ser elegibles para reembolso parcial. | Ciertos medicamentos requieren autorización previa para su cobertura. El copago no se aplica en farmacias de la red para: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia de administración oral que se usan para tratar el cáncer; tamoxifeno, raloxifeno, anastrozol y exemestano cuando se recetan para la prevención primaria del cáncer de mama • Medicamentos anticonceptivos genéricos de administración oral o medicamentos/dispositivos anticonceptivos de marca sin equivalente genérico (medicamentos/dispositivos de marca de una sola fuente) • Medicamentos para uso anticonceptivo de emergencia e interrupción del embarazo |
| | Nivel 2, medicamentos preferidos o compuestos | \$30 por suministro de medicamentos para 1 a 30 días; \$60 por suministro de medicamentos para 31 a 90 días en farmacia de la red; \$55 por suministro de medicamentos para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad | | |
| | Nivel 3 o medicamentos no preferidos | \$60 por suministro de medicamentos para 1 a 30 días; | | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | \$120 por suministro de medicamentos para 31 a 90 días en farmacia de la red; \$110 por suministro de medicamentos para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad | | <ul style="list-style-type: none"> Vacunaciones para adultos y ciertos medicamentos con receta y sin receta que se consideran preventivos bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (PPACA). Para obtener más información, visite www.hhs.gov/healthcare/rights/preventive-care. <p>Los medicamentos de marca cubiertos que tengan un equivalente genérico conllevan un cargo adicional, además del copago de Nivel 3.</p> |
| | Medicamentos especializados | Se aplica copago según el nivel de copago del medicamento | | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$25 de copago/cirugía en el consultorio; \$50 de copago/cirugía ambulatoria que no sea en un hospital; \$95 de copago (\$75 por NYS CSEA y UCS)/cirugía ambulatoria en un hospital | 20% de coseguro en un consultorio o un entorno del centro de cirugía ambulatoria; 10% de coseguro o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio | Se aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico. |
| | Tarifas del médico/cirujano | \$25 de copago/cirugía | 20% de coseguro en entorno de consultorio | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$100 de copago (\$90 por NYS CSEA y UCS)/consulta | \$100 de copago (\$90 por NYS CSEA y UCS)/consulta | No se aplica el copago si usted ingresa como paciente hospitalizado directamente desde el Departamento de Emergencias (Emergency Department). |
| | Transporte médico en caso de una emergencia | \$70 de copago/viaje | \$70 de copago/viaje | No está sujeto a deducible ni coseguro. |
| | Atención de urgencia | \$30 de copago por visita en un centro de atención de urgencia independiente; \$50 de copago (\$40 por NYS CSEA y UCS)/consulta en un centro de | 20% de coseguro en un centro de atención de urgencia independiente; 10% de coseguro o \$75 (lo que sea mayor) por un | Se puede aplicar \$30 de copago adicional por servicios de radiología, laboratorio o ciertas vacunaciones. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | atención de urgencia propiedad del hospital | centro de atención de urgencia propiedad del hospital | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | 10% coseguro | Se requiere certificación previa; \$200 de penalización si no tiene certificación previa. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | 20% de coseguro | Se aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o servicios de consumo de drogas | Servicios para pacientes ambulatorios | \$25 de copago por consulta | 20% de coseguro | Se requiere una certificación previa para algunos tipos de atención de salud mental y consumo de drogas. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | 10% coseguro | |
| Si está embarazada | Visitas en el consultorio | Sin cargo para atención de rutina pre- y posnatal. | 20% de coseguro | Las ecografías obstétricas de rutina pueden estar sujetas a \$25 de copago. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo | 20% de coseguro | ————ninguna———— |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo | 10% coseguro | Aunque no se requiere certificación previa, se recomienda que notifique al Programa del hospital si usted o su bebé estarán en el hospital por más de 48 horas (si su bebé nació por vía vaginal), o por más de 96 horas (si su bebé nació por cesárea). |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención médica en el hogar | Sin cargo | 50% de coseguro | Se requiere certificación previa; se aplican beneficios fuera de la red si el servicio no está certificado previamente. Sin cobertura fuera de la red durante las primeras 48 horas de asistencia en el hogar. |
| | Servicios de rehabilitación | \$25 de copago por consulta | 50% de coseguro por visita en virtud del Programa Administrado de Medicina Física; 10% de coseguro o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio | Servicios cubiertos de rehabilitación en hospital como paciente ambulatorio cuando sean médicamente necesarios después de una hospitalización o cirugía relacionada. |
| | Servicios de habilitación | \$25 de copago por consulta | 50% de coseguro | Asignación de la red del Programa de defensa de atención domiciliaria (HCAP) o del Programa de medicina física administrada (MPMP) según el servicio. Sin cargo cuando está certificado previamente si el servicio está cubierto por HCAP. Sin coseguro máximo para los servicios de MPMP o HCAP. |
| | Atención de enfermería de especialidad | Sin cargo | 50% de coseguro; 10% de coseguro en un centro de enfermería especializada | Se aplican limitaciones y excepciones a la cobertura en el centro de enfermería especializada. Se requiere certificación previa; \$200 de penalización si el ingreso no tiene certificación previa. Sin cobertura para los asegurados primarios de Medicare. Se aplican beneficios fuera de la red si la enfermería especializada en el hogar no tiene certificación previa. Sin cobertura fuera de la red durante las primeras 48 horas. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales (Continua) | Equipo médico duradero | Sin cargo | 50% de coseguro | Se exige certificación previa; se aplican beneficios fuera de la red si no están certificados previamente. Los suministros para diabéticos están cubiertos sin costo para usted si usa un proveedor del Programa de defensa de atención domiciliar (HCAP). Se aplican beneficios fuera de la red si usa un proveedor fuera de la red. |
| | Servicios en un centro de cuidados paliativos | Sin cargo | Pacientes hospitalizados: 10% de coseguro; pacientes ambulatorios: 10% de coseguro o \$75 (lo que sea mayor) | ————ninguna———— |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | ————ninguna———— |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | ————ninguna———— |
| | Control dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | ————ninguna———— |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para obtener más información y una lista de otros [servicios no incluidos](#)).

- Cirugía cosmética¹
- Atención de custodia
- Atención dental (adultos y niños), excepto para corregir un daño causado por un accidente
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina de la vista (adulto y niño)
- Atención de rutina para pies
- Servicios que no son necesarios médicamente
- Programas para bajar de peso

¹ Con excepción de un diagnóstico de disforia de género y determinación de necesidad médica

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

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Aparatos auditivos
- Tratamiento por infertilidad
- Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU.
- Zapatos para diabéticos
- Telesalud

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (New York State Department of Financial Services), teléfono: 1-800-342-3736, sitio web: www.dfs.ny.gov; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), teléfono: 1-877-267-2323 ext. 1565, sitio web: www.cciio.cms.gov; Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration), teléfono: 1-866-444-3272, sitio web: www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 un reclamo formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también dan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o un [reclamo formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- The Empire Plan llamando al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447) y seleccione el programa correspondiente.
- La División de Beneficios para Empleados, Departamento de Servicio Civil de Nueva York (New York State Department of Civil Service, Employee Benefits Division) llamando al 518-457-5754 o al 1-800-833-4344.
- El Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York (New York State Department of Financial Services) llamando al 518-474-6600 o al 1-800-342-3736.
- Adicionalmente, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la Sociedad de Servicios a la Comunidad de Nueva York (Community Service Society of New York) llamando al 888-614-5400 o en www.communityhealthadvocates.org.

¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí

¿Este plan cumple el valor mínimo estándar? Sí

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

Servicios de acceso a idiomas:

Para español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-769-7447.

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede 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. Enfóquese en las cantidades de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg está embarazada (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago por especialista | \$25 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$0 |
| ■ Otro copago | \$25 |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del especialista (*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 | \$0 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$160 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición médica bien controlada)

| | |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago por especialista | \$25 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$0 |
| ■ Otro copago | \$25 |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*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 | \$0 |
| Copagos | \$700 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$720 |

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 por especialista | \$25 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$90 |
| ■ Otro copago | \$25 |

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, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$300 |