



Este documento de Resumen de Beneficios y de la Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#) o “cuotas” en este plan) se proporcionará por separado. Esto 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.pensions.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711). Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.pensions.org o llamar al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Para miembros/familias cada uno: Red: 1.5% de la franja de compensación del miembro¹ Fuera de la red: 2.5% de la franja de compensación del miembro; con un tope del 2.5% combinado. No se aplica a la atención preventiva, las visitas al consultorio ni los medicamentos recetados. Los montos de los copagos y coseguros no cuentan para el deducible de la red.	Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que utiliza. Consulte el documento de su plan para ver cuándo comienza de nuevo el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí.	Copagos de servicios preventivos , medicamentos recetados y visitas al consultorio.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan .
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	5% de la franja de compensación del miembro para todos los costos de atención médica, salud conductual y medicamentos .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica.

¹ Los deducibles y los montos de coseguro se basan en el rango salarial, sujetos a un salario mínimo y máximo.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
	recetados dentro de la red (con un límite de \$5,000 para individuos y \$10,000 para familias combinados), 15% de la franja de compensación del miembro fuera de la red, para familias combinados. Los costos de los medicamentos recetados , que no sean medicamentos de marca no preferidos y ciertos medicamentos de farmacia especializados no esenciales, tienen un límite máximo de coseguro familiar de \$3,000.	
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas (cuotas), los cargos facturados por saldo , los medicamentos de marca no preferidos, ciertos medicamentos especializados no esenciales y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de gastos de bolsillo .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.myghealthpcusa.org o llame al 1- 855-497-1237 para obtener una lista de proveedores de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su proveedor u hospital dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red , preferido o participante para proveedores en su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (una factura de saldo).
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No. No necesita una derivación para ver a un especialista .	Puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica.	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de copago /visita	50% de coseguro	No cuenta para el deducible o el límite de gastos de bolsillo
	Visita al especialista	\$45 de copago /visita	50% de coseguro	No cuenta para el deducible o el límite de gastos de bolsillo
	Atención preventiva/prueba de detección /vacuna	Sin cargo	50% de coseguro por visita al consultorio; sin cargo por pruebas de detección e inmunizaciones	Para visitar a un médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo (consulte el horario preventivo en www.pensions.org para conocer la frecuencia).
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguno————
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.express-scripts.com . También puede llamar al 1-855-497-1237 para	Medicamentos genéricos preventivos	\$5 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$15 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$12.50 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se puede aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos preventivos de marca preferidos	\$20 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$60 de copago/medicamento	No cubierto	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.pensions.org](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
obtener asistencia personalizada.		recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$50 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días)		
	Medicamentos preventivos de marcas no preferidos	No aplica		
	Medicamentos genéricos	\$10 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$30 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$25 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días)	Copago específico/ medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 o 90 días)	Se puede aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada
	Medicamentos de marca preferidos	30% de coseguro , mínimo de \$20 a máximo de \$100 (venta al por menor, surtido de 30 días); 30% de coseguro , mínimo de \$60 a máximo de \$300 (venta al por menor, surtido de 90 días); 30% de coseguro , mínimo de \$50 a máximo de \$250 (correo, surtido de 90 días)	30% de la tarifa contratada	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro , mínimo de \$50 a máximo de \$150 (venta al por menor, surtido de 30 días); 50% de coseguro , mínimo de \$150 a máximo de \$450 (venta al por menor, surtido de 90 días); 50% de coseguro , mínimo de \$125 a máximo de \$375 (correo, surtido de 90 días)	50% de la tarifa contratada	Se puede aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes, mínimos y máximos que los anteriores para los medicamentos preferidos y no preferidos que no sean medicamentos de farmacia especializada no esenciales, que no tendrán coseguro máximo	Mismos porcentajes de tarifa contratada que los anteriores para marcas preferidas y no preferidas	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguno————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	Se requiere certificación previa dentro de las 48 horas si es admitido
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Al centro apropiado más cercano
	Atención de urgencia	\$45 de copago /visita	40% de coseguro	————ninguno————
Si lo hospitalizan	Cuota del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$25 de copago /visita al consultorio y 20% de coseguro para otros servicios ambulatorios	40% de coseguro	Se requiere certificación previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa (dentro de las 48 horas posteriores a la admisión para servicios de hospitalización por salud mental y abuso de sustancias)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguno————
	Servicios profesionales de parto	20% de coseguro	40% de coseguro	Incluye estadía hospitalaria de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
				cesárea
	Servicios de centros de parto	20% de coseguro	40% de coseguro	Incluye estadía hospitalaria de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% de coseguro	40% de coseguro	100 visitas anuales de hasta 8 horas cada una; se requiere certificación previa
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguno————
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	Consulte la Guía de sus beneficios de atención médica.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Límite anual máximo de 180 días para centros de atención prolongada; se requiere certificación previa
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa (todos los alquileres y compras superiores a \$ 1,500)
	Servicios de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere certificación previa
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$25 (con el proveedor de VSP)	Reembolso de hasta \$45 después de un copago de \$25	Limitado a un examen por año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía estética
- Atención dental
- Tratamiento médico experimental o en investigación
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de los pies

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura si la proporciona un médico o un acupunturista con licencia estatal
- Medicamentos para el control de peso (se aplican ciertos requisitos)
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la fertilidad
- Audífonos (y accesorios)
- La mayoría de la cobertura se proporciona fuera de Estados Unidos
- Examen de la vista de rutina a través de VSP

Sus derechos para continuar con la cobertura: hay una agencia que puede ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de 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. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711).

Sus derechos de quejas y apelaciones: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Quantum Health al 1-855-497-1237 (TTY: 711). También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov.

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Este plan proporciona cobertura esencial mínima.

¿Este [plan](#) cumple con los Estándares de valor mínimo? Sí.

Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran 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 cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$875
■ Copago para especialista	\$45
■ Coseguro hospitalario (centro)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de centros de parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total de ejemplo	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$875
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,365
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$3,240

Manejo 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	\$875
■ Copago para especialista	\$45
■ Coseguro hospitalario (centro)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total de ejemplo	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$875
Copagos	\$405
Coseguro	\$945
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$2,225

La simple fractura de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$875
■ Copago para especialista	\$45
■ Coseguro hospitalario (centro)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total de ejemplo	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$875
Copagos	\$0
Coseguro	\$385
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,260

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.



Este documento de Resumen de Beneficios y de la Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#) o “cuotas” en este plan) se proporcionará por separado. Esto 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.pensions.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711). Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.pensions.org o llamar al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$2,000 individual/\$2,000 familia El deducible de la red no se aplica a las visitas al consultorio, los servicios de atención preventiva, las pruebas de diagnóstico, las pruebas de diagnóstico por imágenes, la atención de urgencia y los gastos de medicamentos recetados. Los montos de los copagos y coseguros no cuentan para el deducible de la red.	Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que utiliza. Consulte el documento de su plan para ver cuándo comienza de nuevo el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí.	Copagos por servicios preventivos , medicamentos recetados , visitas al consultorio, pruebas diagnósticas y de diagnóstico por imágenes.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan .
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Máximo total de gastos de bolsillo \$5,000 individual/\$10,000 familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar 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 (cuotas), los cargos facturados por saldo , ciertos medicamentos especializados no esenciales y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de gastos de bolsillo .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.myghealthpcusa.org o llame al 1- 855-497-1237 para obtener una lista de proveedores de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su proveedor u hospital dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red , preferido o participante para proveedores en su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores . Como el plan no paga por servicios fuera de la red, es menos costoso utilizar proveedores de la red .
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No. No necesita una derivación para ver a un especialista .	Puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$40 de copago /visita	No cubierto	————ninguno————
	Visita al especialista	\$60 de copago /visita	No cubierto	————ninguno————
	Atención preventiva/prueba de detección / Vacuna	Sin cargo	No cubierto	Para visitar a un médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo. (Consulte el horario preventivo en www.pensions.org para conocer la frecuencia).
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$65 de copago /visita	No cubierto	————ninguno————
	Diagnóstico por imágenes (tomografías)	\$200 de copago /visita	No cubierto	Se requiere certificación previa

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	computarizadas/por emisión de positrones, resonancias magnéticas)			
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.express-scripts.com . También puede llamar al 1-855-497-1237 para obtener asistencia personalizada.	Medicamentos genéricos preventivos	\$6 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$18 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$15 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se puede aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos preventivos de marca preferidos	\$30 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$90 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$75 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días)	No cubierto	
	Medicamentos preventivos de marcas no preferidos	No aplica		
	Medicamentos genéricos	\$12 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$36 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$30 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se puede aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos	35% de coseguro , mínimo de \$35 a máximo de \$150 (venta al por menor, resurtido de 30 días); 35% de coseguro , mínimo de	No cubierto	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
		\$105 a máximo de \$450 (venta al por menor, resurtido de 90 días); 35% de coseguro , mínimo de \$85 a máximo de \$375 (correo, resurtido de 90 días)		
	Medicamentos de marca no preferidos	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes, mínimos y máximos que los anteriores para los medicamentos de marca preferidos que no sean medicamentos especializados no esenciales, que no tendrán coseguro máximo	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	Se requiere certificación previa dentro de las 48 horas si es admitido
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Al centro apropiado más cercano
	Atención de urgencia	\$60 de copago /visita	No cubierto	————ninguno————
Si lo hospitalizan	Cuota del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa (dentro de las 48 horas posteriores a la admisión para servicios de hospitalización por salud mental y abuso de sustancias)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Servicios profesionales de parto	20% de coseguro	No cubierto	Incluye estadía hospitalaria de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
	Servicios de centros de parto	20% de coseguro	No cubierto	Incluye estadía hospitalaria de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% de coseguro	No cubierto	100 visitas anuales de hasta 8 horas cada una; Se requiere certificación previa
	Servicios de rehabilitación	\$40 de copago /visita	40% de coseguro	————ninguno————
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	No cubierto	Consulte la Guía de sus beneficios de atención médica.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	No cubierto	Límite anual máximo de 180 días para centros de atención prolongada; se requiere certificación previa
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa (todos los alquileres y compras superiores a \$ 1,500)
	Servicios de cuidados paliativos	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$25 (con el proveedor de VSP)	No cubierto	Limitado a un examen por año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía estética
- Atención dental
- Tratamiento médico experimental o en investigación
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de los pies

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura si la proporciona un médico o un acupunturista con licencia estatal
- Medicamentos para el control de peso (se aplican ciertos requisitos)
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la fertilidad
- Audífonos (y accesorios)
- La mayoría de la cobertura se proporciona fuera de Estados Unidos
- Examen de la vista de rutina a través de VSP

Sus derechos para continuar con la cobertura: hay una agencia que puede ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de 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. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711).

Sus derechos de quejas y apelaciones: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Quantum Health al 1-855-497-1237 (TTY: 711). También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov.

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Este plan proporciona cobertura esencial mínima.

¿Este [plan](#) cumple con los Estándares de valor mínimo? Sí.

Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran 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 cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Copago para especialista	\$60
■ Coseguro hospitalario (centro)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
Servicios profesionales de parto
Servicios de centros de parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ecografías y análisis de sangre)
Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total de ejemplo	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,140
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$4,140

Manejo 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	\$2,000
■ Copago para especialista	\$60
■ Coseguro hospitalario (centro)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total de ejemplo	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$420
Coseguro	\$720
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$3,140

La simple fractura de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Copago para especialista	\$60
■ Coseguro hospitalario (centro)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total de ejemplo	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$320
Coseguro	\$160
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,480

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.



Este documento de Resumen de Beneficios y de la Cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#) o “cuotas” en este plan) se proporcionará por separado. Esto 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.pensions.org o llame a Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711). Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.pensions.org o llamar al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-77) (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$3,000 individual/\$6,000 familia Los montos de los copagos y coseguros no cuentan para el deducible de la red .	Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que utiliza. Si inscribe a algún miembro de la familia, el deducible familiar debe cumplirse antes de que el plan pague por cualquier servicio cubierto. Consulte el documento de su plan para ver cuándo comienza de nuevo el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí.	Servicios preventivos .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan .
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Máximo total de gastos de bolsillo \$5,000 individual/\$10,000 familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas (cuotas), los cargos facturados por saldo y los gastos de atención médica que este plan no cubre no se aplican a su límite máximo total de gastos de bolsillo .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.myqhealthpcusa.org o llame al 1- 855-497-1237 para obtener una lista de proveedores de la red .	Si usa un proveedor dentro de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su proveedor u hospital dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red , preferido o participante para proveedores en su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores . Como el plan no paga por servicios fuera de la red, es menos costoso utilizar proveedores de la red .

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No. No necesita una derivación para ver a un especialista .	Puede ver al especialista que elija sin permiso de este plan .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
	Visita al especialista	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
	Atención preventiva/prueba de detección / Vacuna	Sin cargo	No cubierto	Para visitar a un médico de atención primaria, pediatra o ginecólogo. (Consulte el horario preventivo en www.pensions.org para conocer la frecuencia).
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/ por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.express-	Medicamentos genéricos preventivos	\$6 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$18 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$15 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días) No sujeto a deducible	No cubierto	Se puede aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.pensions.org](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
scripts.com . También puede llamar al 1-855-497-1237 para obtener asistencia personalizada.	Medicamentos preventivos de marca preferidos	\$30 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$90 de copago/medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$75 de copago/medicamento recetado (correo, surtido de 90 días) No sujeto a deducible	No cubierto	
	Medicamentos preventivos de marcas no preferidos	No aplica		
	Medicamentos genéricos	30% de coseguro sujeto a un copago máximo de \$150/ medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 30 días); \$450 de copago máximo/ medicamento recetado (venta al por menor, surtido de 90 días); \$375 de copago máximo/ medicamento recetado (correo, surtido de 90 días)	No cubierto	Se puede aplicar una autorización previa o un programa de terapia escalonada.
	Medicamentos de marca preferidos			
	Medicamentos de marca no preferidos	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Los mismos porcentajes, mínimos y máximos que los anteriores para los medicamentos de marca preferidos	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	No cubierto	_____ninguno_____
	Honorarios del	20% de coseguro	No cubierto	_____ninguno_____

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.pensions.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	médico/cirujano			
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	Se requiere certificación previa dentro de las 48 horas si es admitido
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Al centro apropiado más cercano
	Atención de urgencia	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
Si lo hospitalizan	Cuota del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa (dentro de las 48 horas posteriores a la admisión para servicios de hospitalización por salud mental y abuso de sustancias)
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
	Servicios profesionales de parto	20% de coseguro	No cubierto	Incluye estadía hospitalaria de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
	Servicios de centros de parto	20% de coseguro	No cubierto	Incluye estadía hospitalaria de al menos 48 horas después del parto vaginal; 96 horas después de la cesárea
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% de coseguro	No cubierto	100 visitas anuales de hasta 8 horas cada una; Se requiere certificación previa
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	No cubierto	————ninguno————
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	No cubierto	Consulte la Guía de sus beneficios de atención médica.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	No cubierto	Límite anual máximo de 180 días para centros de atención prolongada; se requiere certificación previa

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.pensions.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa (todos los alquileres y compras superiores a \$ 1,500)
	Servicios de cuidados paliativos	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere certificación previa
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$25 (con el proveedor de VSP)	No cubierto	Limitado a un examen por año. El plan reembolsa hasta \$45 si usa un proveedor fuera de la red. Las personas inscritas en el plan HDHP estarán inscritas automáticamente en el beneficio del examen de la vista VSP. El beneficio del examen de la vista no se considera parte del plan HDHP.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía estética
- Atención dental
- Tratamiento médico experimental o en investigación
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de los pies

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura si la proporciona un médico o un acupunturista con licencia estatal
- Medicamentos para el control de peso (se aplican ciertos requisitos)
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la fertilidad
- Audífonos (y accesorios)
- La mayoría de la cobertura se proporciona fuera de Estados Unidos
- Examen de la vista de rutina a través de VSP

Sus derechos para continuar con la cobertura: hay una agencia que puede ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de 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. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-PRESPLAN (1-800-773-7752) (TTY: 711).

Sus derechos de quejas y apelaciones: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Quantum Health al 1-855-497-1237 (TTY: 711). También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov.

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Este plan proporciona cobertura esencial mínima.

¿Este [plan](#) cumple con los Estándares de valor mínimo? Sí.

Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Korean (한국어): 한국어로 도움이 필요하시면, 1-800-773-7752 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-773-7752 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-773-7752 (TTY: 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran 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 cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,000¹
- [Copago para especialista](#)
- [Coseguro](#) hospitalario (centro) 20%
- Otros [coseguros](#) 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de centros de parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total de ejemplo	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$6,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,340
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$7,340

Manejo 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](#) \$3,000
- [Copago para especialista](#)
- [Coseguro](#) hospitalario (centro) 20%
- Otros [coseguros](#) 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total de ejemplo	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$520
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$3,520

La simple fractura de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago para especialista](#)
- [Coseguro](#) hospitalario (centro) 20%
- Otros [coseguros](#) 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total de ejemplo	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,800

¹Cobertura de Miembro + Familia

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.