


\* Los participantes que viven en la Ciudad de New York o en los condados aledaños de NY y NJ, o en CT, tienen la red POS. Aquellos que viven fuera de esta zona, tienen la red PPO.



**El documento del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, 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 acerca del costo de este plan (denominado prima) se suministrará de manera separada. Esto es sólo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura u obtener una copia de su Descripción abreviada del plan, visite <http://health.32bjfunds.org/> o comuníquese al 1-800-551-3225. Para conocer las definiciones de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o comunicarse al 1-800-551-3225 para solicitar una copia.**

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	\$0 para <u>proveedores dentro de la red</u> . \$250 por persona/\$500 por familia para <u>proveedores fuera de la red</u> .	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia que pertenecen al <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcanza el <u>deducible</u> familiar total.
¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí, dentro de la red porque no existe <u>deducible</u> . No, cuando se proveen fuera de la red.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aún si no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios preventivos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . Deberá alcanzar el <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> pague por cualquier servicio.
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance <u>deducibles</u> específicos para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores dentro de la red</u> \$7,900 por individuo/\$15,800 por familia; para <u>proveedores fuera de la red</u> \$750 por individuo/\$1,500 por familia.	El <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> dentro de la red es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.
¿Qué se excluye del <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldos</u> , multas por no haber obtenido autorización previa, y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos que paga de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.32bjfunds.org">www.32bjfunds.org</a> o comuníquese al 1-800-551-3225 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de proveedores. Usted paga el monto más bajo si utiliza un <u>proveedor</u> de un 5 Star Center. Usted paga más si utiliza un <u>proveedor</u> preferido dentro de la <u>red</u> del plan. Usted paga aún más si utiliza un <u>proveedor</u> no preferido dentro de la <u>red</u> del plan. Paga el monto más alto si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el monto que cobra el proveedor y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación de saldos</u> ).

		Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesito una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que desee sin una <a href="#">derivación</a> .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que ha alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por consulta en el consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Consulta a un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por consulta en el consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones</a>	Sin cargo		Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que ha alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
	Consulta en el consultorio de otro profesional	No hay cargos para servicios de quiropráctica No hay cargos para servicios de acupuntura No hay cargos para servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla	\$40 de <a href="#">copago</a> por consulta de quiropráctica \$40 de <a href="#">copago</a> por consulta de acupuntura \$40 <a href="#">copago</a> por servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla		30% de <a href="#">coseguro</a> por atención quiropráctica Sin cobertura Sin cobertura	La cobertura de atención quiropráctica se limita a 10 consultas por año. La cobertura de acupuntura se limita a 20 consultas por año. La cobertura combinada de terapia ocupacional, terapia de la vista, y terapia del habla se limita a 30 consultas por año. La cobertura de fisioterapia para pacientes ambulatorios se limita a 30 consultas separadas por año. Se requiere precertificación. \$75 de <a href="#">copago</a> del centro por consulta de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario preferido; \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por consulta de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario no preferido.
Si se realiza una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	\$75 de <a href="#">copago</a> del centro para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de laboratorio) en un centro hospitalario preferido. \$250 de <a href="#">copago</a> del centro para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de laboratorio) en un centro hospitalario no preferido.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	\$75 de <a href="#">copago</a> por prueba	\$75 de <a href="#">copago</a> por prueba	\$250 de <a href="#">copago</a> por prueba	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que ha alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Se encuentra disponible más información acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> .	Medicamentos genéricos	No corresponde	\$10 de <a href="#">copago</a> por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista  \$20 de <a href="#">copago</a> por un suministro de hasta 90 días obtenido en una farmacia CVS o por pedido por correo en CVS		Cubierto hasta el monto que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante. Sin cobertura	Sólo medicamentos incluidos en el Formulario. Se cubre un suministro para 30 días (en farmacia minorista) como máximo; un suministro para 90 días (farmacia minorista CVS o de pedido por correo de CVS) como máximo. Si requiere un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted paga la diferencia del costo entre el de marca y el genérico más el <a href="#">copago</a> .
	Medicamentos de marca	No corresponde	\$30 de <a href="#">copago</a> por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista  \$60 de <a href="#">copago</a> por un suministro de hasta 90 días obtenido en una tienda CVS o por pedido por correo de CVS		Cubierto hasta el monto que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante. Sin cobertura	Pídale a su médico que llame a CVS/Caremark al 1-877-765-6294 para obtener información sobre las alternativas. Ciertos medicamentos están sujetos a autorización previa, terapia escalonada y/o limitaciones de cantidad. Su médico puede comunicarse con CVS/Caremark al 1-800-294-5979 para obtener información adicional.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No corresponde	El mismo <a href="#">copago</a> que para los medicamentos genéricos o de marca que se indican arriba		Sin cobertura	Los <a href="#">medicamentos especializados</a> están disponibles únicamente para su compra en una farmacia CVS o a través del Programa Specialty Pharmacy Program de CVS/Caremark llamando al 1-800-237-2767.
<b>Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios</b>	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	\$75 de <a href="#">copago</a> del centro por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario preferido. \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario no preferido.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Sin cargo	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que ha alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Servicio en una sala de emergencias</a>	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> por visita		\$100 de <a href="#">copago</a> por visita	El <a href="#">copago</a> aumenta a \$200 para todas las visitas a la sala de emergencias después de la 2 <sup>da</sup> visita en el mismo año calendario.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	No corresponde	Sin cargo		Sin cargo	Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por consulta en el consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> por admisión	\$1,000 de <a href="#">copago</a> por admisión	30% de <a href="#">coseguro</a>	No se cubren las habitaciones privadas. \$100 de <a href="#">copago</a> por admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos. Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
	Honorarios de médicos y cirujanos	No corresponde	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ciertos procedimientos están sujetos a <a href="#">copagos</a> más altos si no se realizan en determinados hospitales. Para obtener más información, consulte su SPD o llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	\$20 de <a href="#">copago</a> por consulta		30% de <a href="#">coseguro</a> **	Los servicios para pacientes internados, y algunos servicios para pacientes ambulatorios, requieren precertificación. Si no obtiene la precertificación, se aplica una multa de \$250.  \$75 de <a href="#">copago</a> por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores preferidos. \$250 de <a href="#">copago</a> por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores no preferidos.
	Servicios para pacientes internados	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> por consulta	\$1,000 de <a href="#">copago</a> por consulta	30% de <a href="#">coseguro</a> **	\$100 de <a href="#">copago</a> por admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos.  ***No se cubren los proveedores de servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados de NY no participantes que no cuenten con la certificación/licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias ni los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
<b>Si está embarazada</b>	Consultas en el consultorio	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por la 1 <sup>ra</sup> consulta únicamente		30% de <a href="#">coseguro</a>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en cualquier otra parte del SBC (por ejemplo, el ultrasonido).
	Servicios profesionales de maternidad/parto	No corresponde	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
	Servicios de centros de maternidad/parto	No corresponde	\$100 de <u>copago</u> por admisión	\$1,000 de <u>copago</u> por admisión	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura se limita a 200 consultas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	Se requiere precertificación.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	<a href="#">Servicios excluidos.</a>
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura se limita a 60 días por año. Se requiere precertificación.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	Se requiere precertificación.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	
<b>Si su hijo necesita atención dental o cuidado de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura para menores de 19 años	Sin cobertura para menores de 19 años	La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses, si tiene cobertura familiar, a través de Davis Vision.
	Anteojos para niños	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura para menores de 19 años	Sin cobertura para menores de 19 años	La cobertura se limita a 1 par cada 24 meses, si tiene cobertura familiar, a través de Davis Vision.
	Examen dental para niños	No corresponde	Sin cargo	50% del <u>monto permitido</u> más el monto que supere el <u>monto permitido</u> **	50% del <u>monto permitido</u> más el monto que supere el <u>monto permitido</u> **	La cobertura se limita a 2 consultas por año calendario, si tiene cobertura familiar, a través de Delta Dental.

\*\*Para participantes que trabajan fuera del área metropolitana de NY, como CT, PA, MD, VA, Washington, DC o Florida, su costo es el monto que supere el [monto permitido](#).

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (Consulte el documento del plan o la póliza para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Cirugía estética
- Servicios de habilitación
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Medicamentos de marca y especializados no preferidos
- Servicio de enfermería privada

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#)).

- 20 consultas de acupuntura por año como máximo
- Cirugía bariátrica solo en hospitales Blue Distinction dentro de la red Empire
- 10 consultas de atención quiropráctica por año como máximo
- Atención dental (para adultos) a través de Delta Dental
- Audífonos ([dentro de la red](#) únicamente/2 de por vida)
- Atención de la vista de rutina (para adultos) a través de Davis Vision
- Atención de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso (no se incluyen los programas comerciales como Weight Watchers y Jenny Craig)

**Sus derechos de continuar la cobertura:** para obtener más información sobre sus derechos de continuar su cobertura, comuníquese con el [plan](#) al 1-800-551-3225. Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto para dichas agencias es: Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que otras opciones de cobertura también estén disponibles para usted, incluida la opción de comprar cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información acerca del [mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamación y apelación:** existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja en contra de su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). Esto se denomina una [queja](#) o una [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información acerca de sus derechos o este aviso, o para recibir asistencia, puede comunicarse con: el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 o con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) para un mes, tendrá que hacer un pago cuando realice la presentación de impuestos a menos que califique para una exención del requisito que exige que tenga cobertura para ese mes.

**¿Cumple este plan con las normas de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con las [normas de valor mínimo](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito impositivo para primas](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [mercado](#).

**Servicios de acceso en otros idiomas:**

Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-551-3225 Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-551-3225

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-551-3225 Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-551-3225

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

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Ésta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Utilice esta información para comparar los costos que podría pagar en los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan sólo en la cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**  
(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- [Copago](#) por otros medicamentos \$10.00

**Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:**

Consultas en el consultorio de un especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de maternidad/parto  
 Servicios del centro de maternidad /parto  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonido y análisis de sangre*)  
 Consulta a un especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo \$12,371**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$200.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$200.00
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$400.00</b>

Ejemplo, se presupone que usted tiene cobertura individual y tuvo a su bebé en un hospital preferido. Si tuviera cobertura de dependientes, su costo total sería de \$200, debido a que los gastos del bebé de \$200 estarían cubiertos.

**El control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina de una afección bien controlada dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- [Copago](#) por otros medicamentos \$30.00

**Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:**

Consulta en el consultorio de un médico de atención primaria (*incluye la educación sobre la enfermedad*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos con receta  
 Equipo médico duradero (*monitor de nivel de glucosa en la sangre*)

**Costo total del ejemplo \$7,389**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$1,200.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60.00
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,260.00</b>

Estas cifras presuponen que usted utilizó un hospital preferido, pero no utilizó un proveedor de un 5 Star Center ni participó en el 5 Star Wellness Program del [plan](#). Si usa un proveedor del 5 Star Center y participa en el 5 Star Wellness Program del [plan](#), es posible que pueda reducir los costos. Para obtener más información sobre los proveedores de los 5 Star Centers y el 5 Star Wellness Program, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

**La fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- [Copago](#) por otros medicamentos \$10.00

**Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:**

Atención en la sala de emergencias (*incluye los suministros médicos*)  
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$1,925**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$400.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0.00
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$400.00</b>