

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



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC, por sus siglas en inglés) 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 solo 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 puede comunicarse al 1-800-551-3225 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el deducible total? | \$0 para los proveedores dentro de la red \$500 por persona/\$1,000 por familia para los proveedores fuera de la red . | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia que pertenecen al plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| ¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | No. | Si usted utiliza un proveedor fuera de la red , deberá alcanzar el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio. |
| ¿Existen otros deducibles para servicios específicos? | No. | No es necesario que alcance deducibles específicos para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos que paga de su bolsillo para este plan ? | Para proveedores dentro de la red \$9,450 individual/\$18,900 familiar; para proveedores fuera de la red \$9,450 individual/\$18,900 familiar. | El límite de gastos que paga de su bolsillo 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 límite de gastos que paga de su bolsillo ? | Las primas , los cargos por facturación de saldos , las multas por no haber obtenido autorización previa, y la atención de la salud que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos que paga de su bolsillo . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.32bjfunds.org o comuníquese al 1-800-551-3225 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted paga el monto más bajo si utiliza un proveedor de un 5 Star Center. Usted paga más si utiliza un proveedor preferido dentro de la red de plan. Usted paga aún más si utiliza un proveedor no preferido dentro de la red del plan. Paga el monto más alto si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el monto que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una derivación para ver a un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que desee sin una derivación . |



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 proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo | \$40 de copago por visita al consultorio | | 50% de coseguro | Ninguna. |
| | Visita a un especialista | Sin cargo | \$40 de copago por visita al consultorio | | 50% de coseguro | |
| | Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación | Sin cargo | Sin cargo | | 50% de coseguro | Cuando se provee en un entorno hospitalario, existe un copago de \$75 por visita con un proveedor preferido y un copago de \$250 por visita con un proveedor no preferido. Cuando utiliza un proveedor fuera de la red , el Plan paga el 50% de coseguro del monto permitido después del deducible . Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué es lo que pagará el plan . |
| | Visita al consultorio de otro profesional | Sin cargo para servicios de quiropráctica No hay cargos para servicios de acupuntura | \$40 de copago por visita de quiropráctica \$40 de copago por visita de acupuntura | | 50% de coseguro por atención quiropráctica Sin cobertura | La cobertura de atención quiropráctica se limita a 10 visitas por año. La cobertura de acupuntura se limita a 20 visitas por año. La cobertura combinada de terapia ocupacional, terapia de la vista y terapia del habla se limita a 30 visitas por año. La cobertura de fisioterapia para pacientes ambulatorios se limita a 30 visitas separadas por año. Se requiere autorización previa. \$75 de copago del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario preferido; \$250 de copago del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario no preferido. |
| | | No hay cargos para servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla | \$40 de copago por visita de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla | | Sin cobertura | |

*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.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

| 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 se realiza una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo | Sin cargo | | 50% de coseguro | \$75 de copago del centro por visita para pruebas diagnósticas (no se incluyen los análisis de sangre) en un centro hospitalario preferido. \$250 de copago del centro por visita para pruebas diagnósticas (no se incluyen los análisis de sangre) en un centro hospitalario no preferido. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas) | \$100† de copago por visita | \$100 de copago por visita | \$250 de copago por prueba | 50% de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250. † Los servicios diagnóstico por imágenes de alta tecnología de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios tendrán un copago de \$75 por visita. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos con receta disponible en www.optumrx.com | Medicamentos genéricos | No corresponde | \$10 de copago por un suministro para hasta 30 días \$20 de copago por un suministro para hasta 90 días | | Sin cobertura | Solo medicamentos incluidos en el Formulario. Se cubre un suministro para hasta 30 días en farmacia minorista y un suministro de medicamentos de mantenimiento para hasta 90 días. Los medicamentos de mantenimiento requieren un surtido de un suministro para 90 días (84 días para medicamentos con dosificación semanal) en una farmacia CVS o a través del servicio de envío a domicilio de OptumRx después de que se haya cumplido con una asignación minorista (por lo general, dos surtidos). |
| | Medicamentos de marca | No corresponde | \$30 de copago por un suministro para hasta 30 días \$60 de copago por un suministro para hasta 90 días | | Sin cobertura | |
| | Medicamentos especializados | No corresponde | \$30 de copago | | Sin cobertura | Si requiere un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, |

*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.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

| 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) | |
| | | | | | | <p>usted paga la diferencia del costo entre el de marca y el genérico más el copago.</p> <p>Pídale a su médico que llame a OptumRx al 1-844-569-4148 para obtener información sobre las alternativas.</p> <p>Ciertos medicamentos están sujetos a autorización previa, terapia escalonada y/o limitaciones de cantidad. Su médico puede comunicarse con OptumRx al 1-844-569-4148 para obtener información adicional.</p> <p>Medicamentos especializados solo disponibles a través del Specialty Pharmacy Program de OptumRx llamando al 1-877-838-2907. La participación en el Variable Copay Program puede reducir los copagos de los medicamentos especializados y de los medicamentos de envío a domicilio de Optum Rx.</p> |
| Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios | Honorarios del centro (por ejemplo, centro quirúrgico ambulatorio) | Sin cargo | Sin cargo | | 50% de coseguro | <p>No existen cargos por las cirugías para pacientes ambulatorios realizadas en centros quirúrgicos ambulatorios independientes con un proveedor dentro de la red. Para las cirugías para pacientes ambulatorios realizadas en entornos hospitalarios, existe un copago de \$75 del centro por visita en los centros hospitalarios preferidos y un copago de \$250 del centro por visita en los centros hospitalarios no preferidos.</p> |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | | 50% de coseguro | |

*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.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

| 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 | Atención en una sala de emergencias | No corresponde | \$100 de copago por visita | | \$100 de copago por visita | El copago aumenta a \$200 para todas las visitas a la sala de emergencias después de la 2.ª visita en el mismo año calendario. |
| | Transporte médico de emergencia | No corresponde | Sin cargo | | Sin cargo | Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento. |
| | Atención urgente | Sin cargo | \$40 de copago por visita al consultorio | | 50% de coseguro | \$40 de copago por visita de atención urgente a proveedores de los 5 Star Center Westmed y Summit. |
| Si lo hospitalizan | Honorarios del centro (por ejemplo, habitación del hospital) | No corresponde | \$100 de copago por admisión | \$1,000 de copago por admisión | 50% de coseguro | No se cubren las habitaciones privadas. \$100 de copago por admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250. Ciertos procedimientos están sujetos a copagos más altos si no se realizan en determinados hospitales. Para obtener más información, consulte su Descripción abreviada del Plan o llame a Member Services al 1-800-551-3225. |
| | Honorarios del médico/cirujano | No corresponde | Sin cargo | | 50% de coseguro | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo | \$20 de copago por visita | | 50% de coseguro *** | Los servicios para pacientes internados, y algunos servicios para pacientes ambulatorios, requieren autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, se aplica una multa de \$250. Existe un copago de \$20 por visita para tratamiento recibido en un proveedor dentro de la red que no esté basado en un hospital. Si |
| | Servicios para pacientes internados | No corresponde | \$100 de copago por visita | \$1,000 de copago por visita | 50% de coseguro *** | |

*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.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

| 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) | |
| | | | | | | <p>recibe tratamiento en un centro hospitalario, existe un copago de \$75 por visita con un proveedor preferido y un copago de \$250 con un proveedor no preferido; existe un copago de \$100 por admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos.</p> <p>***No se cubren los proveedores de NY no participantes que ofrecen servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados 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.</p> |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | \$40 de copago solo para la 1.a visita | | 50% de coseguro | La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en cualquier otra parte del SBC (por ejemplo, la ecografía). |
| | Servicios profesionales de maternidad/parto | No corresponde | Sin cargo | | 50% de coseguro | Ninguna. |
| | Servicios de centros de maternidad/parto | No corresponde | \$100 de copago por admisión | \$1,000 de copago por admisión | 50% de coseguro | Si está inscrita en el 32BJ Maternity Program y da a luz en un hospital de este programa, no se le cobrará por el parto. |

*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.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

| 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 ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales | Atención médica a domicilio | No corresponde | Sin cargo | | Sin cobertura | La cobertura se limita a 200 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | No corresponde | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| | Servicios de habilitación | Sin cobertura | Sin cobertura | | Sin cobertura | Servicios excluidos. |
| | Atención de enfermería especializada | No corresponde | Sin cargo | | Sin cobertura | La cobertura se limita a 60 días por año. Se requiere autorización previa. |
| | Equipo médico duradero | No corresponde | Sin cargo | | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. |
| | Servicios de hospicio | No corresponde | Sin cargo | | Sin cobertura | |
| Si su hijo necesita atención dental o cuidado de la vista | Examen de la vista para niños | No corresponde | Sin cargo | | Sin cobertura para menores de 19 años | La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses a través de Davis Vision. |
| | Anteojos para niños | No corresponde | Sin cargo | | Sin cobertura para menores de 19 años | La cobertura se limita a 1 par cada 24 meses a través de Davis Vision. |
| | Examen dental para niños | No corresponde | Sin cargo | | 50% del monto permitido más el monto que supere el monto permitido | La cobertura se limita a 2 visitas por año calendario a través de Delta Dental. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|---|---|--|
| Servicios que su Plan generalmente NO cubre (Consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Servicios de habilitación | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de marca y especializados no preferidos • Servicio privado de enfermería |
| Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 20 visitas de acupuntura por año como máximo • Cirugía bariátrica solo en un Center of Excellence del 32BJ Health Fund • 10 visitas de atención quiropráctica por año como máximo | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (para adultos) a través de Delta Dental • Servicios de fertilidad cubiertos a través de Progyny • Audífonos (dentro de la red únicamente 2 de por vida) • Atención de la vista de rutina (para adultos) a través de Davis Vision | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de los pies de rutina • Programas de pérdida de peso (no se incluyen los programas comerciales como Weight Watchers) |

*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.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Sus derechos de continuar la cobertura: Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la 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: Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o 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 o comuníquese al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene un reclamo en contra de su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). Esto se denomina una [queja](#) o [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](#), [apelación](#), o [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: Member Services al 1-800-551-3225 o la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) por lo general incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito impositivo para primas](#).

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que 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 hipotética, 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.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo 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 de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en los 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 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](#) para otras radiografías \$10.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*) Servicios profesionales de maternidad/parto Servicios del centro de maternidad /parto [Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de laboratorio*) Visita a un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,642

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles | \$0.00 |
| Copagos | \$190.00 |
| Coseguro | \$0.00 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20.00 |
| El total que Peg pagaría es | \$210.00 |

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](#) para otras radiografías \$10.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al 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](#) (*medidor de la glucosa*)

Costo total del ejemplo \$1,472

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles | \$0.00 |
| Copagos | \$95.00 |
| Coseguro | \$0.00 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20.00 |
| El total que Joe pagaría es | \$950.00 |

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](#) para otras radiografías \$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 \$2,635

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles | \$0.00 |
| Copagos | \$310.00 |
| Coseguro | \$0.00 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0.00 |
| El total que Mia pagaría es | \$310.00 |

Estas cifras presuponen que usted utiliza un hospital preferido, pero no utiliza un proveedor de un 5 Star Center ni participa en el 5 Star Wellness Program o en el 32BJ Maternity Program del [plan](#). Si utiliza un proveedor de un 5 Star Center y participa en el 5 Star Wellness Program o en el 32BJ Maternity Program del [plan](#), es posible que pueda reducir los costos. Para obtener más información sobre los proveedores de los 5 Star Centers, el 5 Star Wellness Program o el 32BJ Maternity Program, llame a Member Services al 1-800-551-3225.