**Los participantes que viven en New York City o sus condados circundantes en NY y NJ, o en CT, tienen la red POS. Quienes viven fuera de esta zona tienen la red PPO.*

El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le 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 la prima) se proporcionará por separado.
Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la Descripción abreviada del Plan, visite http://health.32bjfunds.org/ o llame al 1-800-551-3225. Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llame al 1-800-551-3225 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el total del deducible?	$0 para proveedores dentro de la red $500 persona/$1,000 familia para proveedores fuera de la red.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de proveedores hasta llegar al monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. No hay deducible para servicios dentro de la red. No, para servicios fuera de la red.	Tendrá que alcanzar el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles específicos para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores dentro de la red $10,600 individual/$21,200 familiar; para proveedores fuera de la red $10,600 individual/$21,200 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares incluidos en este plan, ellos también deberán alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que el límite de gastos de bolsillo total de la familia se haya alcanzado.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo, multas por no obtener la autorización previa y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el cálculo del límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Visite www.32bjfunds.org o llame al 1-800-551-3225 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará el mínimo si utiliza un proveedor de 5 Star Center. Pagará más si utiliza un proveedor preferido de la red del plan. Pagará aún más si utiliza un proveedor no preferido de la red del plan. Pagará lo máximo si utiliza 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 su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (p. ej., los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una remisión para consultar a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una remisión.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de alcanzar 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 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de atención médica de un proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	Sin cargo.	Copago de $40/visita en el consultorio.		Coseguro del 50%.	Ninguna.
	Consulta a un especialista.	Sin cargo.	Copago de $40/visita en el consultorio.		Coseguro del 50%.	
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas.	Sin cargo.	Sin cargo.		Coseguro del 50%.	Cuando se proporciona en un entorno hospitalario, hay un copago de $75/consulta con un proveedor preferido y un copago de $250/consulta con un proveedor no preferido. Al utilizar un proveedor fuera de la red, el plan paga el coseguro del 50% del monto permitido después de alcanzar el deducible. Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego revise lo que su plan pagará.
	Otra visita al consultorio del profesional.	La sesión de quiropráctica es sin cargo. La acupuntura es sin cargo.	Copago de $40/consulta al quiropráctico. Copago de $40/consulta de acupuntura.		Coseguro del 50% para atención quiropráctica. Sin cobertura.	La cobertura de atención quiropráctica está limitada a 10 consultas al año. La cobertura de acupuntura está limitada a 20 consultas al año.

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre).	Sin cargo.	Sin cargo.		Coseguro del 50%.	Copago de $75 del centro/consulta para pruebas de diagnóstico (excepto análisis de sangre) en un centro hospitalario preferido. Copago de $250/consulta para pruebas de diagnóstico (excepto análisis de sangre) en un centro hospitalario no preferido.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [computed tomography, TC]/tomografía por emisión de positrones [positron emission tomography, PET], resonancia magnética [magnetic resonance imaging, MRI]).	Copago de $100/consulta.	Copago de $100/consulta.	Copago de $250/imagen.	Coseguro del 50%.	Se requiere autorización previa. No tener autorización previa para los servicios fuera de la red conlleva una multa de $250. Las imágenes de alta tecnología para pacientes ambulatorios con problemas de salud mental/conductual y abuso de sustancias tendrán un copago de $75 por consulta.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en www.optumrx.com	Medicamentos genéricos.	No aplicable.	Copago de $10/suministro para 30 días como máximo. Copago de $20/suministro para 90 días como máximo.		Sin cobertura.	Solo formulario. Cubre un suministro de 30 días como máximo para farmacias minoristas y un suministro de 90 días como máximo de medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento requieren un suministro para 90 días (84 días para medicamentos de dosis semanal) en la farmacia CVS o a través de OptumRx Home Delivery después de que se haya alcanzado una asignación minorista (normalmente dos resurtidos).
	Medicamentos de marca.	No aplicable.	Copago de $30/suministro para 30 días como máximo. Copago de $60/suministro para 90 días como máximo.		Sin cobertura.	
	Medicamentos especializados.	No aplicable.	Copago de $30.		Sin cobertura.	

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
						Si necesita un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, deberá pagar la diferencia de precio entre el medicamento de marca y su equivalente genérico, más el copago. Pídale a su médico que llame a OptumRx al 1-844-569-4148 para obtener información sobre alternativas. Ciertos medicamentos están sujetos a autorización previa, terapia escalonada o limitaciones de cantidad. Para obtener más información, su médico puede llamar a OptumRx al 1-844-569-4148. Los medicamentos especializados solo están disponibles a través del OptumRx Specialty Pharmacy Program si llama al 1-877-838-2907. La participación en el Programa de copago variable puede reducir los copagos de medicamentos especializados y de Optum Rx Home Delivery.

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria).	Sin cargo.	Pueden aplicarse cargos.**		Coseguro del 50%.	No hay ningún cargo por cirugía de pacientes ambulatorios en un centro quirúrgico ambulatorio independiente con un proveedor dentro de la red. Para cirugía de pacientes ambulatorios en un entorno hospitalario, hay un copago de $75 del centro/consulta en un centro hospitalario preferido y un copago de $250 del centro/consulta en un centro hospitalario no preferido. Copago de $0 para ciertas cirugías al utilizar un proveedor de Lantern Surgery Care. Para que ciertas cirugías estén cubiertas, deben realizarse con un proveedor de Lantern Surgery Care.
	Honorarios del médico/cirujano.	Sin cargo.	Pueden aplicarse cargos.**		Coseguro del 50%.	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias.	No aplicable.	Copago de $100/consulta.		Copago de $100/consulta.	El copago aumenta a $200 para todas las consultas a la sala de emergencias después de la segunda consulta dentro del mismo año calendario.
	Transporte médico de emergencia.	No aplicable.	Sin cargo.		Sin cargo.	No está cubierto si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.
	Atención urgente.	Sin cargo.	Copago de $40/visita en el consultorio.		Coseguro del 50%.	Copago de $40/consulta de atención urgente en proveedores de 5 Star Center Westmed y Summit.

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si tiene una hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital).	No aplicable.	Copago de $100/ admisión.	Copago de $1,000/ admisión.	Coseguro del 50%.	Las habitaciones privadas no están cubiertas. Copago de $100 /admisión de emergencia en centros preferidos y no preferidos. Se requiere autorización previa para la mayoría de las admisiones en los centros. No tener autorización previa para los servicios fuera de la red conlleva una multa de $250. Ciertos procedimientos están sujetos a copagos más altos o no están cubiertos 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 aplicable.	Sin cargo.		Coseguro del 50%.	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios.	Sin cargo.	Copago de $20/consulta.		Coseguro del 50%.***	

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
	Servicios para pacientes hospitalizados.	No aplicable.	Copago de $100/ consulta.	Copago de $1,000/ consulta.	Coseguro del 50%.***	Los servicios para pacientes hospitalizados y algunos ambulatorios requieren autorización previa. No tener autorización previa conlleva una multa de $250. Para recibir tratamiento en un proveedor de la red que no sea en un hospital, hay un copago de $20/consulta. Si busca tratamiento en un centro hospitalario, hay un copago de $75/consulta/ en un proveedor preferido y un copago de $250 en un proveedor no preferido, un copago de $100/admisión de emergencia en centros preferidos y no preferidos. ***Los proveedores de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios por abuso de sustancias en Nueva York que no son participantes y que no están certificados ni autorizados por la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias, así como los proveedores no participantes en todos los demás estados que no están certificados por una agencia estatal similar y que no están acreditados por la Joint Commission, no están cubiertos.

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas en el consultorio.	Sin cargo.	Copago de $40/solo en la primera consulta.		Coseguro del 50%.	La atención para la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de parto.	No aplicable.	Sin cargo.		Coseguro del 50%.	Ninguna.
	Servicios de parto de un centro.	No aplicable.	Copago de $100/ admisión.	Copago de $1,000/ admisión	Coseguro del 50%.	Si está inscrita en el 32BJ Maternity Program y da a luz en un hospital de este programa, el parto será sin cargo.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria.	No aplicable.	Sin cargo.		Sin cobertura.	La cobertura está limitada a 200 consultas al año.
	Servicios de rehabilitación.	Las sesiones de terapia ocupacional, de la vista, fisioterapia y terapia del habla son sin cargo.	Copago de $40/consulta de terapia ocupacional, de la vista, fisioterapia y terapia del habla.		Sin cobertura.	Se requiere autorización previa. La cobertura combinada de terapia ocupacional, de la vista y del habla está limitada a 30 consultas al año. La cobertura de fisioterapia para pacientes ambulatorios está limitada a 30 consultas separadas al año. Se requiere autorización previa. Copago de $75 del centro/consulta para servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario preferido; copago de $250 del centro/consulta para servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario no preferido. Copago de $0 por fisioterapia virtual durante 12 meses cuando sea referido por un proveedor de Lantern Surgery Care a un proveedor de fisioterapia virtual designado.

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de 5 Star Center (pagará lo mínimo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
	Servicios de habilitación.	Sin cobertura.	Sin cobertura.		Sin cobertura.	Servicios excluidos.
	Atención de enfermería especializada.	No aplicable.	Sin cargo.		Sin cobertura.	La cobertura está limitada a 60 días al año. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero.	No aplicable.	Sin cargo.		Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos.	No aplicable.	Sin cargo.		Sin cobertura.	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen ocular infantil.	No aplicable.	Sin cargo.		Sin cobertura para menores de 19 años.	La cobertura está limitada a 1 examen/12 meses a través de Davis Vision.
	Gafas para niños.	No aplicable.	Sin cargo.		Sin cobertura para menores de 19 años.	La cobertura está limitada a 1 par/24 meses a través de Davis Vision.
	Revisión dental infantil.	No aplicable.	Sin cargo.		Monto permitido del 50% más la cantidad que exceda del monto permitido.	La cobertura está limitada a 2 consultas por año calendario a través de Delta Dental.

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).		
• Cirugía estética • Servicios de habilitación	• Cuidados a largo plazo • Atención médica que no sea de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU.	• Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos especializados • Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
• Acupuntura hasta 20 sesiones al año • Cirugía bariátrica, de reemplazo articular y de columna vertebral solo en un 32BJ Health Fund Center of Excellence. • Atención quiropráctica hasta 10 consultas al año	• Atención dental (adultos) a través de Delta Dental • Servicios de fertilidad cubiertos a través de Progyny • Audífonos (solo dentro de la red/2 de por vida) • Atención oftalmológica de rutina (adultos) a través de Davis Vision	• Cuidado rutinario de los pies • Programas para bajar de peso (no incluye programas comerciales, por ejemplo, Weight Watchers)

Sus derechos para continuar con la cobertura: Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con su cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-551-3225. Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/reformadesalud. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja formal y apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por una denegación de una reclamación. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación, o una queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para obtener ayuda, comuníquese con: Member Services al 1-800-551-3225 o con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/reformadesalud.

¿Este plan ofrece cobertura mínima esencial? Sí.
La cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no reúna los requisitos para el crédito fiscal de primas.

¿Cumple este plan con las normas mínimas de valor? Sí.
Si su plan no cumple con las normas mínimas de valor, puede que reúna los requisitos para un crédito fiscal de primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

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, kwiijigo holne' 1-800-551-3225

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

*En el sitio web del plan encontrará una lista de proveedores preferidos y otra de proveedores no preferidos en www.32bjfunds.org.
** Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Tenga en cuenta los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la proporción de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

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

- **El deducible general del plan** **$0.00**
- **Copago para especialistas (consulta inicial)** **$40.00**
- **Copago para el hospital preferido (centro)** **$100.00**
- **Copago para otros medicamentos recetados** **$10.00**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto
Servicios de parto en un centro
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta a un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,642**

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	$0.00
Copagos	$150.00
Coseguro	$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$00.00
El total que Peg pagaría es	**$150.00**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención médica rutinaria dentro de la red para una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$0.00**
- **Copago para el médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)/ especialista por consulta (2x)** **$40.00**
- **Copago para el equipo médico duradero** **$0.00**
- **Copago para otros medicamentos recetados por resurtido de 90 días (4x)** **$20.00**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluida la educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$1,472**

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	$0.00
Copagos	$160.00
Coseguro	$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$00.00
El total que Joe pagaría es	**$160.00**

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

- **El deducible general del plan** **$0.00**
- **Copago para los servicios de rehabilitación (5x)** **$40.00**
- **Copago para el hospital preferido (centro)** **$100.00**
- **Copago para otros medicamentos recetados** **$10.00**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencias *(incluidos 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 lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	$0.00
Copagos	$310.00
Coseguro	$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$00.00
El total que Mia pagaría es	**$310.00**

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