

\*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) 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 comunicarse al 1-800-551-3225 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?	\$0 para los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$250 por persona/\$500 por familia para los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia que pertenecen al <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí, dentro de la red porque no hay <a href="#">deducible</a> . No, cuando se proveen fuera de la red.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios aún si no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Puede ver una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . Deberá alcanzar el <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> pague por cualquier servicio.
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance <a href="#">deducibles</a> específicos para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$9,450 individual/\$18,900 familiar; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$9,450 individual/\$18,900 familiar.	El <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> 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 <a href="#">límites de gastos que pagan de su bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos total que paga de su bolsillo</a> para el grupo familiar.
¿Qué se excluye del <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldos</a> , las multas por no haber obtenido autorización previa, y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	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 <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted paga el monto más bajo si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de un 5 Star Center. Usted paga más si utiliza un <a href="#">proveedor</a> preferido dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted paga aún más si utiliza un <a href="#">proveedor</a> no preferido dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Paga el monto más alto si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el monto que cobra el <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede 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.
¿Necesita 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	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación</a>	Sin cargo		Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	\$75 de <a href="#">copago</a> por visita para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital o en un centro hospitalario de proveedores preferidos. \$250 de <a href="#">copago</a> por visita para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital o en un centro hospitalario de proveedores no preferidos. Cuando utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> el Plan paga el 70% de <a href="#">coseguro</a> del <a href="#">monto permitido</a> después del <a href="#">deducible</a> . 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 <a href="#">plan</a> .
	Visita al consultorio de otro profesional	No hay cargos para servicios de quiropráctica	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita de quiropráctica		30% de <a href="#">coseguro</a> por atención quiropráctica	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 <a href="#">copago</a> del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario preferido; \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario no preferido.
	No hay cargos para servicios de acupuntura	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita de acupuntura		Sin cobertura		
	No hay cargos para servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla	\$40 de <a href="#">copago</a> 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](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**
		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 se realiza una prueba</b>	<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 por visita para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de sangre) en un centro hospitalario preferido. \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por visita para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de sangre) 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 autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> disponible en <a href="http://www.optumrx.com">www.optumrx.com</a>	Medicamentos genéricos	No corresponde	\$10 de <a href="#">copago</a> por un suministro para hasta 30 días \$20 de <a href="#">copago</a> 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 <a href="#">copago</a> por un suministro para hasta 30 días \$60 de <a href="#">copago</a> por un suministro para hasta 90 días		Sin cobertura	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> .
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No corresponde	El mismo <a href="#">copago</a> que para los medicamentos genéricos y de marca que se indican arriba		Sin cobertura	Pídale a su médico que llame a OptumRx al 1-844-569- 4148 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 OptumRx al 1-844-569-4148 para obtener información adicional. <a href="#">Medicamentos especializados</a> 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 <a href="#">copagos</a> de los medicamentos especializados.

\* 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**
		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 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 visita por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario preferido. \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por visita 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>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención 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 2da 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 urgente</a>	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita de atención urgente a un 5 Star Center Proveedores Westmed y Summit.
<b>Si lo hospitalizan</b>	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 admisión 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.
	Honorarios del médico/ cirujano	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 Descripción abreviada del Plan (Summary Plan Description, SPD) o llame a Member Services 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**
		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 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 visita		30% de <a href="#">coseguro</a> ***	<p>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. \$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.</p> <p>\$100 de <a href="#">copago</a> por admisión 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>
	Servicios para pacientes internados	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> por visita	\$1,000 de <a href="#">copago</a> por visita	30% de <a href="#">coseguro</a> ***	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por la 1ra visita 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, la ecografía).
	Servicios profesionales de centros de maternidad/parto	No corresponde	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Servicios profesionales de maternidad/parto	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>	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](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**
		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 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	La cobertura se limita a 200 visitas por año.	
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.	
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	<a href="#">Servicios excluidos.</a>	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a 60 días por año. Se requiere autorización previa.	
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.	
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	No corresponde	Sin cargo	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	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	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 <a href="#">monto permitido</a> más el monto que supere el <a href="#">monto permitido</a> ***	La cobertura se limita a 2 visitas 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, Florida o New England, 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 la póliza o el documento del **plan** para obtener más información y una lista de cualquier otro **servicio excluido**).

- Cirugía estética
- Servicios de habilitación
- 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 privado de enfermería

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

- 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
- Atención dental (para adultos) a través de Delta Dental
- Servicios de fertilidad 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
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso (no se incluyen los programas comerciales como Weight Watchers)

**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](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 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](http://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

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-551-3225

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-551-3225

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-551-3225

*Para ver ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima 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 los ejemplos de cobertura:**



**Ésta 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 usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo 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)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,642</b>
-------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0.00
<a href="#">Copagos</a>	\$190.00
<a href="#">Coseguro</a>	\$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20.0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$210.0</b>

Este ejemplo presupone que usted tiene cobertura individual y tuvo a su bebé en un hospital preferido, pero no participa en el 32BJ Maternity Program.

**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)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,472</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0.00
<a href="#">Copagos</a>	\$950.00
<a href="#">Coseguro</a>	\$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0.00
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$950.0</b>

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 del [plan](#). Si utiliza un proveedor de un 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 a Member Services 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](#) 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)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,635</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0.00
<a href="#">Copagos</a>	\$310.00
<a href="#">Coseguro</a>	\$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0.00
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$310.0</b>