

Resumen de beneficios del plan Cigna Dental Southwest Health Benefits Fund Fecha de entrada en vigor del plan: 01/01/2022



Asegurado por: Cigna Health and Life Insurance Company

Este material solo tiene fines informativos y está diseñado para destacar algunas de los beneficios disponibles en virtud de este plan. Consulte los documentos del plan para determinar las condiciones específicas de cobertura relativas a su plan. Los términos incluyen los procedimientos cubiertos, los periodos de carencia aplicables, las exclusiones y las limitaciones. **Su plan DPPO le permite acudir a cualquier dentista con licencia, pero utilizar un dentista dentro de la red puede minimizar los gastos de su bolsillo.**

Cigna Dental PPO

Opciones de red	Dentro de la red: Red Total Cigna DPPO		Fuera de la red: Véase Reembolso fuera de la red	
Niveles de reembolso	Basado en los honorarios contratados		Tasa máxima admisible	
Beneficios máximos por año calendario Se aplica a: Clase I, II, III, gastos	\$1,000		\$1,000	
Deducible por año calendario Individual Familiar	\$50 \$150		\$50 \$150	
Beneficios destacados	El plan paga	Usted paga	El plan paga	Usted paga
Clase I: Diagnóstico y prevención Evaluaciones orales Profilaxis: limpiezas rutinarias Radiografías: rutinarias Radiografías: no rutinarias Aplicación de flúor Selladores: por diente	100% Sin deducible	Sin cargos	100% Sin deducible	Sin cargos
Clase II: Restauración básica Restauración: empastes Endodoncia: menor y mayor Periodoncia: menor y mayor Cirugía oral: menor y mayor Mantenedores de espacio: no ortodóncicos Anestesia: general y sedación IV Cuidados de emergencia para aliviar el dolor Coronas: prefabricadas de acero inoxidable / resina	80% Después del deducible	20% Después del deducible	80% Después del deducible	20% Después del deducible
Clase III: Restauración mayor Inlays y Onlays Prótesis sobre Implante Coronas: permanentes de yeso y porcelana Puentes y dentaduras postizas Reparaciones: puentes, coronas e incrustaciones Reparaciones: prótesis dentales Extracción quirúrgica de dientes impactados	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible

Disposiciones del plan de beneficios:	
Reembolso dentro de la red	Para los servicios prestados por un dentista de la red Cigna Dental PPO, Cigna Dental reembolsará al dentista de acuerdo con un Programa de tarifas o un Programa de descuentos.
Reembolso fuera de la red	En el caso de los servicios prestados por un dentista que no pertenezca a la red, Cigna Dental reembolsará según el Cargo Máximo Permitido. El dentista puede facturar el saldo hasta el límite de sus honorarios habituales.
Acumulación cruzada	Todos los deducibles, máximos del plan y máximos específicos del servicio se acumulan entre dentro y fuera de la red. Las limitaciones de frecuencia de los beneficios se basan en la fecha del servicio y se acumulan entre dentro y fuera de la red.
Beneficios máximos por año calendario	El plan solo pagará los gastos cubiertos hasta el máximo anual de beneficios, cuando proceda. También pueden aplicarse máximos específicos de beneficios.
Deducible por año calendario	Es el importe que debe abonar antes de que el plan comience a pagar los gastos cubiertos, cuando corresponda. También pueden aplicarse deducibles específicos del beneficio.
Prohibición de entrada tardía	El pago se reducirá en un 50% para los servicios de clase III durante 12 meses para los afiliados elegibles y que puedan inscribirse en este plan fuera del periodo de inscripción abierta designado. Esta disposición no se aplica a las nuevas contrataciones.
Revisión previa al tratamiento	La revisión previa al tratamiento es voluntaria cuando se proponen trabajos dentales por un valor superior a \$200.
Beneficio sustituto	Cuando más de un servicio odontológico cubierto pudiera proporcionar un tratamiento adecuado basado en estándares odontológicos comunes, Cigna determinará el servicio odontológico cubierto en el que se basará el pago y los gastos que se incluirán como gastos cubiertos.
Programa de Integración de Salud Bucodental®	El programa ofrece una cobertura dental mejorada a los clientes con las siguientes afecciones: afecciones cardiovasculares, afecciones cerebrovasculares (ictus), diabetes, maternidad, enfermedad renal crónica (ERC), trasplantes de órganos, radiación de cáncer de cabeza y cuello, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, lupus, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad de Huntington y abuso y adicción a opiáceos. El programa no tiene coste adicional. Las personas elegibles pueden recibir el reembolso de su coseguro por los servicios dentales elegibles. Los clientes elegibles también pueden recibir orientación sobre cuestiones de comportamiento relacionadas con la salud bucodental. Los reembolsos efectuados en virtud de este programa no están sujetos al deducible anual, pero se aplicarán al máximo anual del plan. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en este programa y una lista completa de los términos y condiciones elegibles, visite www.mycigna.com o llame al servicio de atención al cliente 24 horas al día, 7 días a la semana, al 1-800-Cigna24.
Presentación a tiempo	Se denegarán las solicitudes de reembolso fuera de la red enviadas a Cigna transcurridos 365 días desde la fecha del servicio.
Limitaciones de los beneficios:	
Limitación de la falta de un diente	Para las piezas dentales ausentes antes de la cobertura con Cigna, el importe pagadero es el 50% del importe pagadero de otro modo hasta que estén cubiertas durante 12 meses; a partir de entonces, se considera un gasto de Clase III.
Evaluaciones/exámenes bucodentales	2 por año calendario.
Radiografías (rutinarias)	Mordeduras: 2 por año calendario.
Radiografías (no rutinarias)	Serie completa de imágenes radiográficas e imágenes radiográficas panorámicas: Limitado a un total combinado de 1 cada 36 meses.
Limpiezas	2 por año calendario, incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal posteriores al tratamiento activo.
Aplicación de flúor	1 por año calendario para menores de 19 años.
Selladores (por diente)	Limitado al diente posterior. 1 tratamiento por diente cada 36 meses para niños menores de 14 años.
Mantenedores de espacio	Limitado a tratamientos no ortodóncicos para menores de 19 años.
Incrustaciones, coronas, puentes, dentaduras postizas y parciales	Reemplazo cada 60 meses si es inservible y no puede repararse. Los beneficios se basan en el importe a pagar por los metales no preciosos. Sin porcelana ni material blanco o del color del diente en coronas o puentes molares.
Reparación de prótesis y puentes	Revisado si es más de una vez.
Rebasado y ajuste de dentaduras postizas	Cubierto si han transcurrido más de 6 meses desde la instalación.
Prótesis sobre implante	Reemplazo cada 60 meses si es inservible y no puede repararse. Los beneficios se basan en el importe pagadero por los metales no preciosos. Sin porcelana ni material blanco o del color de los dientes en coronas o puentes molares.

Exclusiones de beneficios:

Los Gastos Cubiertos no incluirán y no se efectuará pago alguno por lo siguiente:

- Procedimientos y servicios no incluidos en la lista de gastos dentales cubiertos;
- Diagnóstico: imagen de haz cónico;
- Servicios preventivos: instrucción para el control de la placa, higiene bucal y dieta;
- Restauración: carillas de porcelana, cerámica, resina o materiales acrílicos sobre coronas o puentes en los primeros, segundos y/o terceros molares superiores y/o inferiores;
- Periodoncia: registros de mordida; ferulización;
- Prostodoncia: aditamentos de precisión o semiprecisión;
- Implantes: implantes o servicios relacionados con implantes;
- Ortodoncia: tratamiento ortodóncico;
- Procedimientos, aparatos o restauraciones, excepto dentaduras completas, cuya finalidad principal sea cambiar la dimensión vertical, diagnosticar o tratar afecciones de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), estabilizar dientes periodontalmente afectados o restaurar la oclusión;
- Protectores bucales para atletismo;
- Servicios realizados principalmente por motivos estéticos;
- Personalización o decoración de cualquier aparato o trabajo dental;
- Reemplazo de un aparato según las directrices del beneficio;
- Servicios considerados de naturaleza médica;
- Servicios y suministros recibidos de un hospital;
- Medicamentos: medicamentos con receta;
- Cargos que superen el Cargo Máximo Permitido.

Este documento es solo un resumen. No es un contrato. Si existen diferencias entre este resumen y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los términos de los documentos oficiales del plan.

La disponibilidad del producto puede variar según el lugar y el tipo de plan y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro dental colectivo y los planes de beneficios dentales contienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costes y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o póngase en contacto con un representante de Cigna.

Todos los productos y servicios de Cigna son proporcionados exclusivamente por o a través de filiales operativas de Cigna Corporation, incluidas Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Dental Health, Inc.

© 2021 Cigna / versión 09072021



Cigna Vision Southwest Health Benefits Fund C1 - Plan integral PPO estándar

Bienvenido a Cigna Vision Programa de cobertura oftalmológica

Cobertura	Beneficio dentro de la red***	Beneficio fuera de la red	Período de Frecuencia **
Copago por examen	\$10	N/A	12 meses
Asignación para exámenes (una vez por periodo de frecuencia)	Cubierto al 100% después del copago	Hasta 45	12 meses
Copago por materiales	\$15	N/A	12 meses
Cristales para lentes: (un par por periodo de frecuencia) Visión sencilla Bifocales Forrados Trifocales Forrados Progresivos Lenticulares	Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago	Hasta \$40 Hasta \$65 Hasta \$75 Hasta \$75 Hasta \$100	12 meses 12 meses 12 meses 12 meses 12 meses
Asignaciones para lentes de contacto: (un par o una sola compra por periodo de frecuencia) Opcionales Terapéuticos	\$130 Cubierto al 100%	Hasta \$105 Hasta \$210	12 meses 12 meses
Asignación para marco al detal (uno por periodo de frecuencia)	Hasta \$130	Hasta \$71	24 meses

** Su Periodo de Frecuencia comienza el 1 de enero (base de año calendario)

Definiciones:

Copago: importe que paga por el examen y/o los materiales, lentes y/o monturas. (Nota: los copagos no se aplican a los lentes de contacto).

Coseguro: porcentaje de los gastos que pagará Cigna. El cliente es financieramente responsable del saldo.

Asignación: el importe máximo que pagará Cigna. El cliente es financieramente responsable de cualquier cantidad que supere el deducible.

Materiales: cristales de gafas, monturas y/o lentes de contacto.

- Para recibir beneficios dentro de la red, no puede utilizar esta cobertura con otros descuentos, promociones o pedidos anteriores.
- Si utiliza otros descuentos y/o promociones en lugar de esta cobertura oftalmológica, o acude a un oftalmólogo fuera de la red, puede presentar un reclamo fuera de la red para que le reembolsen los gastos permitidos.

La cobertura dentro de la red incluye***:

- Una evaluación de la vista y de la salud ocular que incluya, entre otras cosas, un examen de salud ocular, dilatación, refracción y prescripción de gafas;
- Un par de lentes graduados estándar de plástico o cristal, de todas las graduaciones (potencias y prismas)
 - Lentes de policarbonato para menores de 19 años
 - Lentes de gran tamaño
 - Tintes sólidos rosa #1 y #2
 - Ahorro mínimo del 20%* en todas las mejoras adicionales que elija para sus lentes, incluidas, entre otras: tratamientos antirrayado/ultravioleta/antirreflejo; policarbonato (adultos); todos los tintes/fotocromáticos (cristal o plástico); y estilos de lentes.

- Una montura para lentes graduados: la montura elegida está cubierta hasta la cantidad permitida por el plan de comercio minorista, más un 20% de ahorro sobre el importe que supere la cantidad permitida para la montura;
- Un par de lentes de contacto o una única compra de un suministro de lentes de contacto - en lugar del beneficio de lentes y monturas, (no podrá recibir lentes de contacto y monturas en el mismo año de beneficio). Asignación aplicada al coste de los servicios profesionales suplementarios de lentes de contacto (incluida la adaptación y evaluación) y materiales para lentes de contacto

* La participación de los proveedores es 100% voluntaria; consulte a su profesional de la visión para conocer los descuentos ofrecidos.

*** La cobertura puede variar en las ópticas de descuento y en los clubes de socios participantes. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información específica sobre la cobertura.

Se cubrirán los lentes de contacto **terapéuticos** cuando la agudeza visual no pueda corregirse hasta 20/70 en el ojo con mejor visión con gafas y la adaptación de lentes de contacto permita obtener este nivel de agudeza visual; y en determinados casos de anisometropía, queratocono o afaquia; según determine y documente su profesional de la visión. Los lentes de contacto adaptados para otros fines terapéuticos o el estrechamiento de los campos visuales debido a una alta corrección negativa o positiva se cubrirán de acuerdo con la cobertura de lentes de contacto electivas que figura en el cuadro de beneficios.

Healthy Rewards® - Programa de ahorro de la red Visión:

- Cuando acuda a un profesional de la visión de la red Cigna*, puede ahorrar un 20% (o más) en monturas y/o lentes adicionales, incluidas las opciones de lentes, con una receta válida. Este ahorro no se aplica a los materiales para lentes de contacto. Consulte a su profesional de la visión de la red Cigna Vision para obtener más información.

Lo que no está cubierto:

- Formación ortóptica o visual y pruebas complementarias asociadas
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Cualquier examen ocular o gafas correctoras exigidas por un empleador como condición de empleo.
- Cualquier lesión o enfermedad pagada o a pagar por la compensación laboral o una ley similar, o que esté relacionada con el trabajo.
- Gastos superiores a los habituales y acostumbrados por el Servicio o los Materiales
- Los gastos incurridos una vez finalizada la póliza o la cobertura del asegurado en virtud de la póliza, salvo que se indique lo contrario en la póliza.
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional
- Dispositivos de aumento o de baja visión que no figuren como cubiertos en el Cuadro de cobertura oftalmológica
- Cualquier tipo de gafas sin graduación (se requiere mínimo Rx), incluyendo montura, cristales o lentes de contacto.
- Tratamientos de lentes, "complementos" o recubrimientos de lentes que no figuren como cubiertos en el Cuadro de cobertura oftalmológica.
- Gafas de sol graduadas
- Dos pares de gafas, en lugar de bifocales o trifocales
- Gafas o lentes de seguridad necesarios para el empleo que no figuren como cubiertos en el Cuadro de cobertura oftalmológica
- VDT (terminales de visualización de video)/beneficio para lentes de computadora
- Reclamos presentadas y recibidas más de doce (12) meses después de la fecha original del servicio

Cómo utilizar sus beneficios Cigna Vision

(Tenga en cuenta que la red de Cigna Vision es diferente de las redes de nuestros planes médicos y de salud).

1. Encontrar un médico

Hay tres formas de encontrar un oftalmólogo de calidad en su zona:



1. Acceda a myCigna.com, "Cobertura", seleccione la página Visión. Haga clic en Visitar Cigna Vision. A continuación, seleccione "Buscar un profesional de la visión de la red Cigna Vision" para buscar en el Directorio de Cigna Vision.
2. ¿No tiene acceso a myCigna.com? Vaya a Cigna.com, en la parte superior de la página seleccione "Buscar un médico, dentista o centro", haga clic en Directorio de Cigna Vision, en Recursos adicionales.
3. ¿Prefiere el teléfono? Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de seguro de Cigna y hable con un representante del servicio de atención al cliente de Cigna Vision.

2. Programar una cita

Identifíquese como cliente de Cigna Vision al programar una cita. Presente su tarjeta de identificación de Cigna o Cigna Vision en el momento de su cita, lo que ayudará rápidamente al consultorio médico a acceder a los detalles de su plan y verificar su elegibilidad.

3. Reembolso del plan fuera de la red

Cómo utilizar sus beneficios Cigna Vision

Envíe impresa la solicitud de reembolso de Cigna Vision completa y el recibo detallado a Cigna Vision, Departamento de Reclamos: Código Postal 385018, Birmingham, AL 35238-5018.

Para obtener un formulario de solicitud de reembolso de Cigna Vision:

- Visite **Cigna.com** y vaya a Formularios, Formularios de visión
- Visite **myCigna.com** y vaya a la página de su cobertura oftalmológica

Cigna Vision pagará los gastos cubiertos en un plazo de diez días hábiles a partir de la recepción del formulario de solicitud de reembolso cumplimentado y del recibo detallado.

Los beneficios son suscritos o administrados por Connecticut General Life Insurance Company o Cigna Health and Life Insurance Company. Toda la información sobre beneficios que se muestra es solo un resumen de las mismas. No describe todas las condiciones, disposiciones y limitaciones de su plan. Los proveedores participantes son contratistas independientes responsables exclusivos de sus exámenes de la vista rutinarios y de sus productos.

"Cigna" es una marca de servicio registrada, y el logotipo "Tree of Life", "Cigna Vision" y "CG Vision" son marcas de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc. con licencia de uso de Cigna Corporation y sus filiales operativas. Todos los productos y servicios son proporcionados por o a través de dichas filiales operativas, incluidas Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Health and Life Insurance Company y no por Cigna Corporation. En Arizona y Luisiana, el producto Cigna Vision se denomina CG Vision. Healthy Rewards® - Vision Network Savings Program powered by Cigna Vision es un programa de descuentos, no un beneficio asegurado.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura de visión

Cigna cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo
- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otras lenguas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente en el número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación y pida ayuda a un asociado del servicio de atención al cliente.

Si cree que Cigna no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja enviando un correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com o escribiendo a la siguiente dirección:

Cigna
Coordinador de quejas de no discriminación
Apartado Postal 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita ayuda para presentar una queja por escrito, llame al número que está en el reverso de su tarjeta de identificación o envíe un correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios de denuncia están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son proporcionados exclusivamente por o a través de filiales operativas de Cigna Corporation, incluidas Cigna Health and Life Insurance Company y Connecticut General Life Insurance Company. El nombre, los logotipos y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATENCIÓN: Si habla idiomas distintos del inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833)

89637a 05/17 © 2017 Cigna.

Servicios de Asistencia de Dominio de Idioma

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。請致電 1.877.478.7557（聽障專線：800.428.4833）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Tumawag sa 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.877.478.7557 (линия ТТТ телетайп: 800.428.4833).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.877.478.7557 (رقم هاتف الصم والبكم: 800.428.4833).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le 1.877.478.7557 (ATS: 800.428.4833).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Polish – UWAGA: Możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1 877 478 7557 (TTY: 800.428.4833).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833) まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می شود. با شماره 1.877.478.7557 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: 800.428.4833).

896376a 05/17

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



No se trata de una estimación de costes. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costes que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva para el afiliado individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ <u>Deducible</u> global del plan	\$750
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$40 + 20%
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ <u>Otros coseguros</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)
Servicios profesionales de parto
Servicios en instalaciones de parto
Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Coste total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Reparto de costes	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,290
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,100

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red de una condición bien controlada)

■ <u>Deducible</u> global del plan	\$750
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$40 + 20%
■ <u>Coseguro</u> del hospital	20%
■ <u>Otros coseguros</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Coste total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible</u> global del plan	\$750
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$40 + 20%
■ <u>Coseguro</u> del hospital	20%
■ <u>Otros coseguros</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluido el material médico*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Coste total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Reparto de costes	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$390
<u>Coseguro</u>	\$780
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,920

El plan se haría cargo de los demás costes de estos servicios cubiertos por el EJEMPLO.