


**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre el plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

**EmblemHealth:** EmblemHealth Gold Premier-P
**Tipo de cobertura:** individual/familiar

**Tipo de plan:** HMO


El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el gasto de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el gasto de este plan (llamada la prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Si desea obtener más información sobre la cobertura o una copia completa de los términos de la cobertura, llame al 1-888-447-8255. Para las definiciones generales de términos comunes, como importe permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Usted puede consultar el glosario en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com) o puede llamar al 1-888-447-8255 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$450 individual/\$900 familiar en proveedores de la red. No aplica para la atención preventiva.	Generalmente, usted debe pagar todos los gastos de los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar estos servicios. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el importe total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Las visitas al consultorio de atención primaria, la atención preventiva, la atención prenatal, la telemedicina y la acupuntura están cubiertas antes de que alcance su deducible.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado el importe del <u>deducible</u> . Sin embargo, puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>participación en los costos</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. Medicamentos con receta: \$0	Usted debe pagar todos los gastos de estos servicios hasta el importe específico del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para proveedores de la red: \$6,000 individual/\$12,000 familiar.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Primas, penalidades, cargos por saldos de facturación y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.EmblemHealth.com">www.EmblemHealth.com</a> o llame al 1-800-447-8255 para obtener una lista de los proveedores participantes.	Este <u>plan</u> ofrece una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si usa un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> y puede recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (facturación del <u>saldo</u> ). <b>Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.</b>
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin un <u>referido</u> .

 Todos los gastos de [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro son después de haber alcanzado su [deducible](#) si se aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (Usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará más)	
<b>Si se atiende en la clínica o en el consultorio del <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Primeras 3 visitas (combinadas) sin cargo. A partir de entonces, el copago es de \$25 por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Visita de atención primaria no sujeta al deducible del plan. Cualquier combinación de médico de atención primaria, análisis conductual, salud mental/trastornos por consumo de sustancias.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	Copago de \$40 por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Visita a un especialista no sujeta al deducible del plan.
	<a href="#">Atención preventiva/exámenes</a> /inmunizaciones	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que pagará su plan.
<b>Si tiene que hacerse una prueba</b>	<a href="#">Análisis de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorio: copago de \$25/\$40 por visita no sujeto a deducible  Radiografías: una vez alcanzado el deducible del plan copago de \$25/\$40 por visita	Sin cobertura	Se requiere una aprobación previa para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los procedimientos de laboratorio. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Imágenes (tomografías por emisión de positrones, tomografías computadas, resonancias magnéticas)	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$40 por visita	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (Usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará más)	
<b>Si necesita fármacos para tratar su enfermedad o afección</b> Para más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> , visite <a href="http://www.EmblemHealth.com">www.EmblemHealth.com</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Farmacia minorista: copago de \$0/suministro de 30 días Pedidos por correo: copago de \$0/suministro de 90 días	Sin cobertura	Si tiene una afección de emergencia, no se requiere aprobación previa para un medicamento con receta cubierto utilizado para tratar un trastorno por consumo de sustancias, que incluye un medicamento con receta para manejar la abstinencia o estabilización de opioides y para la reversión de sobredosis de opioides. Se aplican cargos auxiliares, según su contrato de miembro. Su gasto puede ser mayor si selecciona un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible. Este plan tiene una red de farmacias preferidas que excluye a CVS.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Farmacia minorista: copago de \$40/suministro de 30 días Pedidos por correo: copago de \$100/suministro de 90 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Farmacia minorista: copago de \$80/suministro de 30 días Pedidos por correo: copago de \$200/suministro de 90 días	Sin cobertura	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Nivel 1: copago de \$0/suministro de 30 días Nivel 2: copago de \$40/suministro de 30 días Nivel 3: copago de \$80/suministro de 30 días	Sin cobertura	Deben ser dispensados por una farmacia de especialidades. Se requiere un referido por escrito.
<b>Si le hacen una cirugía de paciente ambulatorio</b>	Tarifa de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia)	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$350 por visita	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará el pago o se reducirá.
	Tarifas del médico/cirujano	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$350 por visita	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará el pago o se reducirá.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (Usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará más)	
<b>Si necesita atención médica de inmediato</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencia</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$800 por visita	Una vez alcanzado el deducible del plan, copago de \$800 por visita	Se renuncia a ella tras la admisión.
	<a href="#">Traslado médico de emergencia</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$350 por visita	Una vez alcanzado el deducible del plan, copago de \$350 por visita	----Ninguna----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Copago de \$75 por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Atención de urgencia no sujeta al deducible del plan. Solo dentro de la red.
<b>Si está hospitalizado</b>	Tarifa de la instalación (p. ej.: habitación de hospital)	Una vez alcanzado el deducible del plan, coseguro del 30% por admisión	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago. Sin embargo, la aprobación previa no es necesaria para las admisiones de emergencia.
	Tarifa del médico/cirujano	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$350 por visita	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará el pago o se reducirá.
<b>Si tiene necesidades de salud mental, de salud del comportamiento o de consumo de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Primeras 3 visitas (combinadas) sin cargo A partir de entonces, copago de \$25 por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Visitas ilimitadas. Para la atención por consumo de sustancias, se pueden usar hasta veinte (20) visitas por año del plan para orientación familiar.
	Servicios para pacientes ingresados	Una vez alcanzado el deducible del plan, coseguro del 30% por admisión	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará el pago o se reducirá. Sin embargo, la aprobación previa no es necesaria para las admisiones de emergencia.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (Usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	La atención prenatal que no se preste de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por el USPSTF y la HRSA utilizará la participación en los costos del servicio correspondiente.
	Servicios profesionales de alumbramiento/parto	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$350 por visita	Sin cobertura	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (por ejemplo, el ultrasonido). Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	Servicios de la instalación de alumbramiento/parto	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 30% por admisión	Sin cobertura	Limitados a cuarenta y ocho (48) horas para parto natural, y a noventa y seis (96) horas para cesárea. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago. Se requiere autorización previa. Según el tipo de servicio, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (Usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará más)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Cuidado de salud en el hogar</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan, el copago es de \$40 por visita	Sin cobertura	Cuarenta (40) visitas por año del plan. La infusión a domicilio cuenta para los límites de visitas de cuidado de salud en el hogar. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan: Paciente ambulatorio: copago de \$25/\$40 por visita. Paciente ingresado: coseguro del 30% por admisión	Sin cobertura	Paciente ingresado: sesenta (60) días por año del plan. Terapias combinadas. Paciente ambulatorio: sesenta (60) visitas por afección por año del plan. Terapias combinadas.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan: Paciente ambulatorio: copago de \$25/\$40 por visita. Paciente ingresado: coseguro del 30% por admisión	Sin cobertura	Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan, coseguro del 30% por admisión	Sin cobertura	200 días por año del plan. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan, el coseguro es del 20%	Sin cobertura	Un (1) aparato protésico externo por miembro y de por vida. No hay ortesis. Se requiere aprobación previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Una vez alcanzado el deducible del plan: Paciente ambulatorio: copago de \$40 por visita. Paciente ingresado: coseguro del 30%	Sin cobertura	210 días por año del plan. Cinco (5) visitas de orientación por duelo familiar. Se requiere autorización previa. Si no se obtiene la aprobación previa, se denegará o se reducirá el pago.

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com).

PHGLD1505

6 de 13

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		* Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (Usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará más)	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Prueba de la vista para niños no sujeta al deducible del plan. Una (1) prueba cada doce (12) meses.
	Lentes para niños	Coseguro del 20% no sujeto a deducible	Sin cobertura	Lentes para niños no sujetos al deducible del plan. Un par de (1) lentes recetados y marcos cada doce (12) meses.
	Chequeo dental para niños	Copago de \$25 por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Chequeo dental para niños no sujeto al deducible del plan. Un (1) examen dental y una limpieza cada seis (6) meses. Radiografías de toda la boca o radiografías panorámicas a intervalos de treinta y seis (36) meses y radiografías de aleta de mordida a intervalos de seis (6) meses.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su [plan](#) generalmente **NO** cubre (consulte los documentos del [plan](#) o la póliza para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía estética
- Atención dental para adultos
- Atención de largo plazo
- La mayoría de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso

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

- Servicios de aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (se requiere aprobación previa).
- Atención quiropráctica
- Audífonos (se requiere aprobación previa).
- Tratamiento de infertilidad (se requiere aprobación previa).
- Cuidado de rutina de los ojos

**Su derecho a continuar la cobertura:** hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736 o [www.dfs.ny.gov/](http://www.dfs.ny.gov/), Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x1565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov), Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html](http://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Puede tener otras opciones disponibles, incluida la adquisición de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596 o a NY State of Health Marketplace al 1-855-355-5777 o visite [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov).

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com).

**Su derecho a querrela y apelación:** hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) debido a un rechazo de una [reclamación](#). Esta queja se llama [querrela](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre su derecho, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [querrela](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o recibir ayuda, comuníquese con:

<p><b><u>EmblemHealth</u></b> <b>Por teléfono:</b> Llame al número que figura en su tarjeta de identificación. <b>Por escrito:</b> EmblemHealth Grievance and Appeals Department P.O. Box 2801 New York, NY 10116-2807 Sitio web: <a href="http://www.emblemhealth.com">www.emblemhealth.com</a></p> <p><b><u>Para la cobertura HMO</u></b> <b>New York State Department of Health</b> <b>Por teléfono:</b> 1-800-206-8125 <b>Por escrito:</b> New York State Department of Health Office of Health Insurance Programs Bureau of Consumer Services – Complaint Unit Corning Tower – OCP Room 1607 Albany, NY 12237 Correo electrónico: <a href="mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov">managedcarecomplaint@health.ny.gov</a> Sitio web: <a href="http://www.health.ny.gov">www.health.ny.gov</a></p>	<p><b><u>Para todos los tipos de cobertura</u></b> <b>New York State Department of Financial Services</b> <b>Por teléfono:</b> 1-800-342-3736 <b>Por escrito:</b> New York State Department of Financial Services Consumer Assistance Unit One Commerce Plaza Albany, NY 12257 Sitio web: <a href="http://www.dfs.ny.gov">www.dfs.ny.gov</a></p> <p><b><u>Programa de asistencia al consumidor</u></b> <b>Programa de Asistencia al Consumidor del Estado de Nueva York</b> <b>Por teléfono:</b> 1-888-614-5400 <b>Por escrito:</b> Community Health Advocates 633 Third Avenue, 10<sup>th</sup> Floor New York, NY 10017 Correo electrónico: <a href="mailto:cha@cssny.org">cha@cssny.org</a> Sitio web: <a href="http://www.communityhealthadvocates.org">www.communityhealthadvocates.org</a></p> <p><b><u>Para cobertura para grupos:</u></b> <b>Departamento de Trabajo de los EE. UU.</b> <b>Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados</b> al 1-866-444-EBSA (3272) Sitio web: <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a></p>
---	--

**¿Este plan proporciona una [cobertura esencial mínima](#)? Sí**

Si no tiene una [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud durante ese mes.

**¿Este plan cumple los [estándares de valor mínimo](#)? Sí**

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal para prima](#) que le ayuda a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com).



## Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-447-8255.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-447-8255.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-447-8255.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-888-447-8255

---

*Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los gastos en una posible situación médica, consulte la siguiente sección.*

---



**Esta no es una herramienta de cálculo de gastos.** Los tratamientos presentados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus gastos reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en los importes de la [participación en los costos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los gastos que usted podría pagar según 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 dentro de la red y parto en el hospital)

- **Deducible general del [plan](#)** \$450
- **[Especialista \(participación en los costos\)](#)** \$40
- **[Participación en los costos del hospital \(instalación\)](#)** \$0
- **Otra participación en los costos**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorio de [especialistas](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales de alumbramiento/parto  
 Servicios de la instalación de alumbramiento/parto  
 Análisis de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)  
 Visita de [especialista](#) (anestesia)

<b>Gasto total del ejemplo</b>	\$12,800
--------------------------------	----------

En el ejemplo, Peg pagaría:

<i>Participación en los costos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$450
<a href="#">Copagos</a>	\$1,160
<a href="#">Coseguro</a>	\$3,406
<i>Gastos no cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,976</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- **Deducible general del [plan](#)** \$450
- **[Especialista \(participación en los costos\)](#)** \$40
- **[Participación en los costos del hospital \(instalación\)](#)** \$0
- **Otra participación en los costos**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre la enfermedad)  
 Análisis de diagnóstico (análisis de sangre)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

<b>Gasto total del ejemplo</b>	\$7,400
--------------------------------	---------

En el ejemplo, Joe pagaría:

<i>Participación en los costos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$450
<a href="#">Copagos</a>	\$2,440
<a href="#">Coseguro</a>	\$346
<i>Gastos no cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,191</b>

### Fractura simple de Mia

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

- **Deducible general del [plan](#)** \$450
- **[Especialista \(participación en los costos\)](#)** \$40
- **[Participación en los costos del hospital \(instalación\)](#)** \$0
- **Otra participación en los costos**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencia](#) (incluidos los suministros médicos)  
 Análisis de diagnóstico (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

<b>Gasto total del ejemplo</b>	\$1,900
--------------------------------	---------

En el ejemplo, Mia pagaría:

<i>Participación en los costos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$450
<a href="#">Copagos</a>	\$1,680
<a href="#">Coseguro</a>	\$18
<i>Gastos no cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,048</b>

El [plan](#) será responsable del resto de los gastos de estos servicios incluidos que figuran como EJEMPLO.



**ATENCIÓN:** Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-411-3625**. TTY/TDD: **711**.

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Usted tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

**中文 (Traditional Chinese)**

注意：我們免費提供相關的語言協助服務。請致電 **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**)。

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по тел. **1-877-411-3625** (служба текстового телефона TTY/TDD: **711**).

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

**한국어 (Korean)**

주의: 귀하에게 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-877-411-3625**(TTY/TDD: **711**)번으로 전화하십시오.

**Italiano (Italian)**

ATTENZIONE: sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

**אידיש (Yiddish)**

אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס, אהן קיין פרייז, זיינען דא צו באקומען פאר אייך. רופט **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

**বাংলা (Bengali)**

মনোযোগ দিন: ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) নম্বরে ফোন করুন।

**Polski (Polish)**

UWAGA: dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Prosimy zadzwonić pod numer **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

**(Arabic) العربية**

يُرجى الانتباه: تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً، اتصل على الرقم **1-877-411-3625** أو (TTY/TDD: 711).

**Français (French)**

ATTENTION : une assistance d'interprétation gratuite est à votre disposition. Veuillez composer le **1-877-411-3625** (TTY/TDD : 711).

**(Urdu) اردو**

توجه دیں: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ **1-877-411-3625** (TTY/TDD: 711) پر کال کریں۔

**Tagalog (Tagalog)**

NANANAWAGAN NG PANSIN: Mayroon kang magagamit na mga serbisyo para sa tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang **1-877-411-3625** (TTY/TDD: 711).

**Ελληνικά (Greek)**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε το **1-877-411-3625** (για άτομα με προβλήματα ακοής (TTY/TDD): **711**).

**Shqip (Albanian)**

VINI RE: Shërbime ndihmore për gjuhën, falas, janë në dispozicionin tuaj. Telefononi në **1-877-411-3625** (TTY/TDD: 711).

## AVISO DE LA POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

EmblemHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. EmblemHealth no excluye a personas ni las trata de forma diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

### EmblemHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratis a personas cuya lengua madre no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Si usted considera que EmblemHealth no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otro modo por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querrela a EmblemHealth Grievance and Appeals Department, PO Box 2844, New York, NY 10116, o llamar a servicios para miembros al **1-877-411-3625**. (Marque **711** para acceder a servicios de TTY/TDD). Puede presentar una querrela en persona, por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una querrela, el Departamento de Querellas y Apelaciones de EmblemHealth está disponible para ayudarlo. Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por Internet a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o por teléfono o correo a **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019**, (marque **1-800-537-7697** para servicios de TTY).

Los formularios de quejas están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).