



MediExcel Health Plan: 2023 MEP HMO Plan

Coverage for: All Covered Members | Plan Type: HMO

 The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [Plan](#) would share the cost for covered healthcare services. NOTE: Information about the cost of this [Plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, go to www.mediexcel.com or call 1-855-633-4392. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <http://www.cciio.cms.gov> or call 1-855-633-4392 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this Plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. All services are covered as there is no deductible .	There is no deductible amount before this Plan begins to pay for any service.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this Plan ?	\$4,500 Individual/ \$9,000 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this Plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance billing, and health care this Plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.mediexcel.com or call 1-855-633-4392 for a list of network providers .	This Plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the Plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your Plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes.	This Plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$20 copay /visit	Not covered	Member pays maximum of one copay per calendar month for primary care physician services.
	Specialist visit	\$30 copay /visit	Not covered	None.
	Preventive care/screening/immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your Plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	\$20 copay /X-ray \$20 copay /blood work	Not covered	Preauthorization is required for CT/PET scans, MRIs. Failure to obtain preauthorization may result in non-payment of services.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$50 copay /visit	Not covered	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage available at www.mediexcel.com	Generic drugs (Tier 1)	\$20 copay /prescription drug	Not covered	Covers up to a 30-day supply for retail.
	Preferred brand drugs (Tier 2)	\$35 copay /prescription drug	Not covered	In accordance with formulary guidelines.
	Non-preferred brand drugs (Tier 3)	\$45 copay /prescription drug	Not covered	Oral anticancer drugs shall not exceed \$250 per month.
	Specialty drugs (Tier 4)	30% coinsurance , up to \$250 per prescription drug	Not covered	The Plan does not offer mail order delivery service for prescription drugs.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$100 copay /visit	Not covered	Preauthorization is required for outpatient surgery. Failure to obtain preauthorization may result in non-payment of services.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	None.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	20% coinsurance	20% coinsurance	Coinsurance applies to the entire episode of emergency care services. Maximum patient cost will not exceed \$250 for outpatient emergency coverage services. Urgent Care services from non-participating providers located in Mexico are covered only when the member is outside the Plan's service area.
	Emergency medical transportation	15% coinsurance	15% coinsurance	
	Urgent Care	<u>Outside of Mexico:</u> \$50 copay /visit <u>In Mexico:</u> \$25 copay /visit	<u>Outside of Mexico:</u> \$50 copay /visit <u>In Mexico:</u> \$25 copay /visit	
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$150 copay /day	Not covered	Preauthorization is required for non-emergency hospital stays. Failure to obtain preauthorization may result in non-payment of services.
	Physician/surgeon fees	No charge	Not covered	None.

[*For more information about limitations and exceptions, see the [Plan](#) or policy document at www.mediexcel.com.]

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 copay /visit	Not covered	None.
	Inpatient services	\$150 copay /day	Not covered	
If you are pregnant	Office visits	\$20 copay /visit	Not covered	Prenatal and postnatal services have no cost-sharing as they are considered preventive care services.
	Childbirth/delivery professional services	No charge	Not covered	
	Childbirth/delivery facility services	\$150 copay /day	Not covered	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	\$20 copay /visit	Not covered	None.
	Rehabilitation services	\$20 copay /visit	Not covered	None.
	Habilitation services	\$20 copay /visit	Not covered	
	Skilled nursing care	\$75 copay /day	Not covered	None.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	Not covered	None.
	Hospice services	No charge	Not covered	Preauthorization is required for hospice services. Failure to obtain preauthorization may result in non-payment of services.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge	Not covered	None.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None.
	Children's dental check-up	No charge	Not covered	Limited to dental treatment plan and prophylaxis (cleaning) every 6 months, up to age 19.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [Plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| • Chiropractic care | • Hearing aids | • Private duty nursing |
| • Cosmetic surgery | • Long-term care | • Routine foot care |
| • Dental care treatment | • Non-emergency care when in the U.S. | • Services that are not medically necessary |

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This is not a complete list. Please see your [Plan](#) document.)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| • Acupuncture (if prescribed for rehabilitation purposes) | • Infertility treatment | • Weight loss programs |
| • Bariatric surgery | | |

[*For more information about limitations and exceptions, see the [Plan](#) or policy document at www.mediexcel.com.]

Your Rights to Continue Coverage:

There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the California Department of Managed Health Care at 1-888-466- 2219 or www.dmhc.ca.gov, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.coveredca.com or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights:

There are agencies that can help if you have a complaint against your [Plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [Plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [Plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: 1-855-633-4392. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact the California Department of Managed Health Care at 1-888-466- 2219 or www.dmhc.ca.gov.

Does this Plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this Plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your [Plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llama al 1-855-633-4392.

To see examples of how this [Plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [Plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [Plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The Plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) copayment	\$150 per day
■ Other coinsurance	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$840
Coinsurance	\$0
What is not covered	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$900

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The Plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) copayment	\$150 per day
■ Other coinsurance	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$1,570
Coinsurance	\$0
What is not covered	
Limits or exclusions	\$55
The total Joe would pay is	\$1,625

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The Plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$30
■ Hospital (facility) copayment	\$150 per day
■ Other coinsurance	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	\$0
Copayments	\$330
Coinsurance	\$75
What is not covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$405

Note: these numbers assume the member does not participate in the [Plan's](#) wellness program. If you participate in the [Plan's](#) wellness program, you may be able to reduce your costs. For more information, contact MediExcel Health Plan at 1-855-633-4392 or www.mediexcel.com.



El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que te ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC te muestra cómo tú y el [Plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [Plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre tu cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita www.mediexcel.com o llama al **1-855-633-4392**. The English version of the SBC is the official version, and this translated Spanish version is for informational purposes only. La versión en inglés del SBC es la oficial, la versión en español únicamente es para fines informativos. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulta el glosario. Puedes revisar el glosario en <http://www.cciio.cms.gov> o llamar al **1-855-633-4392** para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Es Importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0.	Consulta la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este Plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos ya que no hay deducible .	Todos los servicios están cubiertos, no existe deducible .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tienes que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el desembolso anual máximo de este Plan ?	\$4,500 por miembro/ \$9,000 por familia.	El desembolso anual máximo es la cantidad máxima que pagarás durante el periodo de un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de tu familia pertenecen a este Plan , ellos tendrán que completar su propio desembolso anual máximo hasta que se complete el desembolso anual máximo familiar.
¿Qué no incluye el desembolso anual máximo ?	Las primas , factura de saldo y los servicios de salud que este Plan no cubre.	Aunque pagues estos costos, no cuentan hacia el desembolso anual máximo .
¿Pagare un poco menos si acudo a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Visita www.mediexcel.com o llama al 1-855-633-4392 para una lista de proveedores dentro de la red de MediExcel Health Plan .	Este Plan utiliza una red de proveedores . Pagarás más si acudes a un proveedor fuera de la red y es posible que recibas una factura del proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que tu Plan paga (facturación del saldo). Ten en mente que tu proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulta con tu proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesito una referencia para ver a un especialista ?	Sí.	Este Plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista pero solo si tienes una referencia antes de acudir al especialista .



Todos los [copagos](#) y [coaseguros](#) que se muestran en estas tablas son después de que se haya cumplido con el [deducible](#), si es que aplica un [deducible](#).

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podrías Necesitar	Lo que Pagaras		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo)	
Si acudes al Consultorio o Clínica de un Proveedor de Salud	Visita de Atención Primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 copago /visita	No se cubre	El miembro pagará el máximo de un copago por mes calendario por servicio de cuidados primarios.
	Visita a un Especialista	\$30 copago /visita	No se cubre	Ninguna.
	Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas	Sin cargo	No se cubre	Es posible que tengas que pagar por servicios que no son preventivos. Consulta con tu proveedor si los servicios que necesitas son de cuidado preventivo y verifica lo que cubre tu Plan .
Si te Realizas un Examen	Prueba Diagnóstica (rayos-x, análisis de sangre)	\$20 copago /rayos-x \$20 copago /análisis de sangre	No se cubre	Se requiere autorización previa para tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios.
	Estudios de Imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$50 copago /visita	No se cubre	
Si necesitas Medicamentos para Tratar tu Enfermedad o Condición. Para más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta , visita www.mediexcel.com	Medicamentos Genéricos (Nivel 1)	\$20 copago /medicamento	No se cubre	Cubre un suministro de hasta 30 días.
	Medicamentos de Marcas Preferidas (Nivel 2)	\$35 copago /medicamento	No se cubre	De acuerdo con los lineamientos del formulario.
	Medicamentos de Marcas No Preferidas (Nivel 3)	\$45 copago /medicamento	No se cubre	Medicamentos orales anticancerígenos no excederán \$250 por mes.
	Medicamentos Especializados (Nivel 4)	30% coaseguro hasta \$250 por medicamento	No se cubre	No hay servicio de correo para la entrega de medicamentos.
Si te Sometes a una Operación Ambulatoria	Cargo por Instalaciones (e.g. Centro de Cirugía Ambulatoria)	\$100 copago /visita	No se cubre	Se requiere autorización previa para cirugía ambulatoria. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios.
	Honorarios de Médico/Cirujano	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
	Atención en la Sala de Emergencias	20% coaseguro	20% coaseguro	El coaseguro aplica al episodio completo de servicio de emergencia. El costo máximo que

[*Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta el [Plan](#) o el documento de la póliza en www.mediexcel.com.]

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podrías Necesitar	Lo que Pagaras		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo)	
Si necesitas Servicio de Emergencia o Atención de Urgencia	Transporte Médico de Emergencia	15% coaseguro	15% coaseguro	el miembro pagará no debe exceder \$250 por servicio de emergencia ambulatoria.
	Atención de Urgencia	Fuera de México: \$50 copago /visita En México: \$25 copago /visita	Fuera de México: \$50 copago /visita En México: \$25 copago /visita	Servicios de Atención de Urgencia de proveedores no participantes ubicados en México están cubiertos solo cuando el Miembro esta fuera del área de servicio del Plan.
Hospitalización	Cargo por Instalaciones (e.g. habitación de hospital)	\$150 copago /día	No se cubre	Se requiere autorización previa para hospitalización que no sea de emergencia. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios.
	Honorarios de Médico/Cirujano	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
Si necesitas Servicios de Salud Mental, Conductual o Toxicomanías	Servicios Ambulatorios	\$20 copago /visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Hospitalización	\$150 copago /día	No se cubre	Ninguna.
Embarazo	Visitas de Consultorio	\$20 copago /visita	No se cubre	Los servicios prenatales y posnatales no tienen costos compartidos ya que se consideran cuidado preventivo .
	Servicio Profesional de Parto	Sin cargo	No se cubre	
	Servicio de Instalaciones de Partos Profesionales	\$150 copago /día	No se cubre	
Si necesitas Servicios de Recuperación o tienes Otras Necesidades de Salud Especiales	Cuidado de la Salud en el Hogar	\$20 copago /visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Rehabilitación	\$20 copago /visita	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Habilitación	\$20 copago /visita	No se cubre	Ninguna.
	Cuidado de Enfermería Especializada	\$75 copago /día	No se cubre	Ninguna.
	Equipo Médico Duradero	20% coaseguro	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de Hospicio (cuidados paliativos o enfermos terminales)	Sin cargo	No se cubre	Se requiere autorización previa para servicios de hospicio. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios.
	Examen de la Vista Pediátrico	Sin cargo	No se cubre	Ninguna.
	Anteojos para Niños	No se cubre	No se cubre	Ninguna.

[*Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta el [Plan](#) o el documento de la póliza en www.mediexcel.com.]

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podrías Necesitar	Lo que Pagaras		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo)	
Si tu niño necesita Servicios Odontológicos u Oftalmológicos	Chequeo Dental Pediátrico	Sin cargo	No se cubre	Limitado al plan de tratamiento dental y profilaxis (limpieza) cada 6 meses, hasta los 19 años.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos

Servicios que tu Plan generalmente NO cubre (consulta el documento de tu Plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Quiropráctico • Cirugía cosmética • Tratamiento dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis auditivas • Cuidados de largo plazo • Atención que no sea de emergencia en USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera privada • Cuidados de rutina de los pies • Servicios que no son medicamente necesarios

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulta el documento de tu Plan .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (solo para propósito de rehabilitación) • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos para infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas para perder peso

Tus derechos para continuar con tu cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarte si deseas continuar con tu cobertura aun cuando ésta termine; California Department of Managed Health Care, 1-888-466-2219 o www.dmhc.ca.gov, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el U.S. Department of Health and Human Services, 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. También podrías tener otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visita www.CuidadoDeSalud.gov o llama al 1-800-318-2596.

Tus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarte si tienes una queja contra tu [Plan](#) por negarte una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de tus derechos, consulta la explicación de beneficios que recibirás para este [reclamo](#) médico. Tus documentos del [Plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a tu [Plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre tus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, llama al 1-855-633-4392. Adicionalmente, uno de los programas de asistencia al consumidor puede ayudarte a presentar tu apelación. Comunícate al Departamento de Atención Médica administrada de California al 1-855-466-2219 o visita www.dmhc.ca.gov.

[*Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta el [Plan](#) o el documento de la póliza en www.mediexcel.com.]

¿Este Plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si eres elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no seas elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

¿Este Plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si tu [Plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podrías calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarte a pagar un [plan de salud](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Español (spanish): Para obtener asistencia en español, llama al 1-855-633-4392.

————— *Para ver ejemplos de cómo este [Plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulta la próxima sección.* —————

Acerca de los Ejemplos de Cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [Plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función a la atención que recibas y a los precios que cobren tus [proveedores](#). Utiliza esta información para comparar los [costos compartidos](#) que tendrías que pagar ([deducibles](#), [copagos](#), [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [Plan](#), en comparación con otros [planes](#) médicos distintos. Ten en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está Embarazada

(nueve meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El Deducible general del Plan	\$0
■ Copago a Especialista	\$30
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$150/día
■ Otro Coaseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al [Especialista](#) (atención prenatal)
- Servicios de Parto Profesionales (médicos)
- Hospitalización por Parto
- [Pruebas Diagnósticas](#) (ultrasonido, análisis de sangre)
- Servicio de [Especialista](#) (anestesia)

Costo hipotético total	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$840
Coaseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$900

Control de la Diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de una enfermedad bien manejada dentro de la red)

■ El Deducible general del Plan	\$0
■ Copago a Especialista	\$30
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$150/día
■ Otro Coaseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al Consultorio del [Médico Primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
- [Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
- [Medicamentos Recetadas](#)
- [Equipo Médico Duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo hipotético total	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,570
Coaseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,625

Fractura Simple de Mia

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

■ El Deducible general del Plan	\$0
■ Copago a Especialista	\$30
■ Copago por Hospital (instalaciones)	\$150/día
■ Otro Coaseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- [Sala de Emergencia](#) (incluye materiales médicos)
- [Prueba Diagnóstica](#) (radiografía)
- [Equipo Médico Duradero](#) (muletas)
- [Servicios de Rehabilitación](#) (terapia física)

Costo hipotético total	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$330
Coaseguro	\$75
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$405

Nota: estos costos suponen que el miembro no participa en el programa de bienestar del [Plan](#). Si participas en el programa de bienestar del [Plan](#), es posible que puedas reducir tus costos. Para más información, comunícate con MediExcel Health Plan al 1-855-633-4392 o visita www.mediexcel.com.

El [Plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en estos EJEMPLOS de eventos médicos comunes.