


MediExcel Health Plan: P5 Platinum 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 health care 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 ? | \$3,750 Individual/ \$7,500 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 | \$5 copay /office visit | Not covered | Member pays maximum of one copay per calendar month for primary care physician services. |
| | Specialist visit | \$10 copay /visit | Not covered | None. |
| | Preventive care/screening/immunization | No charge | Not covered | You may have to pay for non- preventive services. 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) | \$5 copay /X-ray \$5 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) | \$100 per 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) | \$10 copay /prescription drug | Not covered | Covers up to a 30-day supply for retail. In accordance with formulary guidelines. Oral anticancer drugs shall not exceed \$250 per month. The Plan does not offer mail order delivery service for prescription drugs. |
| | Preferred brand drugs (Tier 2) | \$15 copay /prescription drug | Not covered | |
| | Non-preferred brand drugs (Tier 3) | \$20 copay /prescription drug | Not covered | |
| | Specialty drugs (Tier 4) | 40% coinsurance , up to \$250 per prescription drug | Not covered | |
| If you have outpatient surgery | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) | \$75 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 | 25% coinsurance | 25% coinsurance | Coinsurance applies to the entire episode of emergency care services. Maximum patient cost up to \$200 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 | Outside of Mexico: \$35 copay /visit In Mexico: \$15 copay /visit | Outside of Mexico: \$35 copay /visit In Mexico: \$15 copay /visit | |
| If you have a hospital stay | Facility fee (e.g., hospital room) | No charge | 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 | |

[* 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 | \$5 copay /visit | Not covered | None. |
| | Inpatient services | No charge | Not covered | Preauthorization is required for non-emergency hospital stays. Failure to obtain preauthorization may result in non-payment of services. |
| If you are pregnant | Office visits | \$5 copay /visit | Not covered | Cost sharing does not apply for preventive services. |
| | Childbirth/delivery professional services | No charge | Not covered | |
| | Childbirth/delivery facility services | No charge | Not covered | |
| If you need help recovering or have other special health needs | Home health care | No charge | Not covered | Post-operative home health care only. |
| | Rehabilitation services | \$10 copay /visit | Not covered | None. |
| | Habilitation services | \$10 copay /visit | Not covered | None. |
| | Skilled nursing care | No charge | Not covered | None. |
| | Durable medical equipment | 20% coinsurance per item | Not covered | Preauthorization is required for durable medical equipment. Failure to obtain preauthorization may result in non-payment of services. |
| | Hospice services | \$50 copay /day | 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 | No charge | Not covered | 1 pair per year; up to age 19. Contact lenses are covered in lieu of glasses. |
| | 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.) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Chiropractic care Cosmetic Surgery Dental Care Treatment | <ul style="list-style-type: none"> Hearing aids Long Term Care Non-emergency care when in the U.S. | <ul style="list-style-type: none"> Private Duty Nursing Routine Foot Care Services that are not <u>medically necessary</u> |
| Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Acupuncture (if prescribed for rehabilitation purposes) Bariatric Surgery | <ul style="list-style-type: none"> Infertility treatment | <ul style="list-style-type: none"> Weight Loss Programs |

[* 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 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.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

If you don't have [Minimum Essential Coverage](#) for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan meet 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 | \$10 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$0 |
| ■ Other coinsurance | 15% |

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 | \$21 |
| Coinsurance | \$0 |
| What isn't covered | |
| Limits or exclusions | \$60 |
| The total Peg would pay is | \$81 |

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 | \$10 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$0 |
| ■ Other coinsurance | 15% |

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 | \$20 |
| Coinsurance | \$201 |
| What isn't covered | |
| Limits or exclusions | \$55 |
| The total Joe would pay is | \$276 |

Mia's Simple Fracture

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

| | |
|---|------|
| ■ The plan's overall deductible | \$0 |
| ■ Specialist copayment | \$10 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$0 |
| ■ Other coinsurance | 15% |

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 | \$60 |
| Coinsurance | \$391 |
| What isn't covered | |
| Limits or exclusions | \$0 |
| The total Mia would pay is | \$451 |

Note: These numbers assume the patient 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 about the wellness program, please 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 ? | Si. 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 ? | \$3,750 por miembro/ \$7,500 por familia. | El desembolso anual máximo es la cantidad máxima que pagarás durante el período 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 . | 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 | \$5 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 | \$10 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) | \$5 copago / rayos-x \$5 copago / análisis de sangre | No se cubre | Se requiere autorización previa para tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética. No obtener la autorización previa puede resultar en la falta de pago de los servicios. |
| | Estudios de Imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$100 copago / visita | No se cubre | |
| Si necesitas Medicamentos para Tratar tu Enfermedad o Condición. Para mayor información acerca de la cobertura de medicamentos con receta , visita www.mediexcel.com | Medicamentos Genéricos (Nivel 1) | \$10 copago / medicamento | No se cubre | Cubre un suministro de hasta 30 días. |
| | Medicamentos de Marcas Preferidas (Nivel 2) | \$15 copago / medicamento | No se cubre | De acuerdo con los lineamientos del formulario. |
| | Medicamentos de Marcas No Preferidas (Nivel 3) | \$20 copago / medicamento | No se cubre | Medicamentos orales anticancerígenos no excederán \$250 por mes. |
| | Medicamentos Especializados (Nivel 4) | 40% 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) | \$75 copago / visita | No se cubre | Se requiere autorización previa para cirugía ambulatoria. No obtener la autorización previa puede resultar en la falta de pago de los servicios. |
| | Honorarios de Médico/Cirujano | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| | Atención en la Sala de Emergencias | 25% coaseguro | 25% coaseguro | El coaseguro aplica al episodio completo de servicio de emergencia. El costo máximo que el |

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

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Si necesitas Servicio de Emergencia o Atención de Urgencia | Transporte Médico de Emergencia | 15% coaseguro | 15% coaseguro | miembro pagará no debe exceder \$200 por servicio de emergencia ambulatoria. |
| | Atención de Urgencia | Fuera de México: \$35 copago /visita En México: \$15 copago /visita | Fuera de México: \$35 copago /visita En México: \$15 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) | Sin cargo | No se cubre | Se requiere autorización previa para hospitalización que no sea de emergencia. No obtener la autorización previa puede resultar en la falta de pago de los servicios. |
| | Honorarios de Médico/Cirujano | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| Si necesitas Servicios de Salud Mental, Conductual o Toxicomanías | Servicios Ambulatorios | \$5 copago / visita | No se cubre | Ninguna. |
| | Servicios de Hospitalización | Sin cargo | No se cubre | Se requiere autorización previa para hospitalización que no sea de emergencia. No obtener la autorización previa puede resultar en la falta de pago de los servicios. |
| Embarazo | Visitas de Consultorio | \$5 copago / visita | No se cubre | El costo compartido no se aplica a los servicios de cuidado preventivo . |
| | Servicio Profesional de Parto | Sin cargo | No se cubre | |
| | Servicio de Instalaciones de Partos Profesionales | Sin cargo | No se cubre | |
| Si necesitas Servicios de Recuperación o tienes Otras Necesidades de Salud Especiales | Cuidado de la Salud en el Hogar | Sin cargo | No se cubre | Únicamente cuidados postoperatorios en el hogar. |
| | Servicios de Rehabilitación | \$10 copago / visita | No se cubre | Ninguna. |
| | Servicios de Habilidadación | \$10 copago / visita | No se cubre | Ninguna. |
| | Cuidado de Enfermería Especializada | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| | Equipo Médico Duradero | 20% coaseguro | No se cubre | Se requiere autorización previa para equipo médico duradero. No obtener la autorización previa puede resultar en la falta de pago de los servicios. |
| | Servicios de Hospicio (cuidados paliativos o enfermos terminales) | \$50 copago / día | No se cubre | Se requiere autorización previa para servicios de hospicio. No obtener la autorización previa puede resultar en la falta de pago de los servicios. |
| | Examen de la Vista Pediátrico | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| | Anteojos para Niños | Sin cargo | No se cubre | 1 par por año, hasta la edad de 19 años. |

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

| | | | | |
|---|---------------------------|-----------|-------------|---|
| Si tu niño necesita Servicios Odontológicos o de la Vista | | | | Lentes de contacto son cubiertos en lugar de anteojos. |
| | Chequeo Dental Pediátrico | Sin cargo | No se cubre | Limitado a limpieza cada 6 meses y planeación de tratamiento odontológico/dental. |

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](#).)

- | | | |
|--|-------------------------------|--|
| • Quiropráctico | • Tratamiento Dental (Adulto) | • Enfermera privada |
| • Cirugía Cosmética | • Prótesis Auditivas | • Servicios que no son medicamente necesarios |
| • Atención que no sea de emergencia en USA | • Cuidados de largo plazo | • Cuidados de rutina de los pies |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulta el documento de tu [Plan](#).)

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| • Acupuntura (solo para propósito de rehabilitación) | • Tratamientos para Infertilidad | • Programas para perder peso |
| • Cirugía Bariátrica | | |

Tus derechos a 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.dnhc.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.CuidadDeSalud.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, comunícate al 1-855-633-4392.

¿Este Plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Por cada mes que no tengas [cobertura esencial mínima](#), al hacer tu declaración de impuestos se te cobrará una multa, a menos que califiques para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿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:

Spanish (español): 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.* —————

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

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 de la atención que recibas y los precios que cobren tus [proveedores](#). Utiliza esta información para comparar los costos compartidos que tendrías que pagar 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 | \$10 |
| ■ Copago por Hospital (instalaciones) | \$0 |
| ■ Otro Coaseguro | 15% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al Especialista (*atención prenatal*)
- Servicios de Parto Profesionales (*médicos*)
- Hospitalización por Parto
- Pruebas Diagnósticas (*ultrasonido y análisis de sangre*)
- Servicio de Especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|-------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$21 |
| Coaseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$81 |

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 | \$10 |
| ■ Copago por Hospital (instalaciones) | \$0 |
| ■ Otro Coaseguro | 15% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al Consultorio del Médico Primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
- Pruebas Diagnósticas (*análisis de sangre*)
- Medicamentos Recetados
- Equipo Médico Duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$20 |
| Coaseguro | \$201 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$55 |
| El total que Joe pagaría es | \$276 |

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 | \$10 |
| ■ Copago por Hospital (instalaciones) | \$0 |
| ■ Otro Coaseguro | 15% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Sala de Emergencias (*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:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$60 |
| Coaseguro | \$391 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$451 |

Nota: Estos costos suponen que el paciente 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 obtener más información sobre el programa de bienestar, 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.