



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok/](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok/) o llame al 1-844-817-1600. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el [glosario](#). Puede consultar el [glosario](#) en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-817-1600 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0 con un <a href="#">proveedor</a> de salud indígena (IHCP) o con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP; o \$9,100 por individuo / \$18,200 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <a href="#">plan</a> , cada familiar deberá pagar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <a href="#">deducible</a> que pagan todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria se cubren antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : \$9,100 por individuo / \$18,200 por familia.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <a href="#">plan</a> , ellos deben pagar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">provedor dentro de la red medica</a> ?	Sí. <a href="#">Haga clic aquí</a> para ver los <a href="#">provedores dentro de la red</a> o llame al 1-844-817-1600 para obtener una lista de los <a href="#">provedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> tiene una <a href="#">red de provedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">provedor</a> dentro de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará el máximo si acude a un <a href="#">provedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">provedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">provedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">provedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">provedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">provedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir a un <a href="#">especialista</a> dentro de la red por servicios cubiertos sin una <a href="#">derivación</a> .

FHPOK-0152-081222

91538OK0010003-03



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deductible](#), si se aplica uno.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un proveedor de salud no indígena con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. Los proveedores de telemedicina designados de Friday no están sujetos a <a href="#">deductible</a> y están cubiertos por completo.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva / evaluación / vacunas</a>	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías)	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes. *Consulte la Sección 6.
	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">haga clic aquí</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cargo	Hasta \$25 de <a href="#">copago</a> . No se aplica el <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del <a href="#">formulario</a> . Suministro de hasta 30 días por venta minorista y de hasta 90 días por venta minorista y por pedido por correo, excepto narcóticos y medicamentos de especialidad.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. Se aplica solo a los medicamentos de marca preferidos del <a href="#">formulario</a> . *Consulte la Sección 7.
	Medicamentos de marca no preferidos (Niveles 2 y 4)	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. Se aplica a los medicamentos de marca no preferidos, genéricos no preferidos y de especialidad no preferidos del <a href="#">formulario</a> . *Consulte la Sección 7.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 5)	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . Se aplica solo a los medicamentos de especialidad del <a href="#">formulario</a> . Algunos <a href="#">medicamentos de especialidad</a> están disponibles en otros niveles. No todos los medicamentos de especialidad están cubiertos. *Consulte la Sección 6.
Si se somete a una operación ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP (Usted pagará el máximo)	
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo	Sin cargo después del <b>deducible</b>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . *Consulte la Sección 6.
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Sin cargo	Sin cargo después del <b>deducible</b>	Sin cargo después del <b>deducible</b>	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo después del <b>deducible</b>	Sin cargo después del <b>deducible</b>	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo	\$75 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <b>deducible</b>	\$75 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <b>deducible</b>	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP.
Si le hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cargo después del <b>deducible</b>	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> , a menos que se trate de una emergencia. No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. *Consulte la Sección 6.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo	Sin cargo después del <b>deducible</b>	Sin cobertura	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes sin ser hospitalizados	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para los procedimientos. No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. *Consulte la Sección 6.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <a href="#">coseguro</a> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#">deductible</a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de un IHCP. 30 visitas por año.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP (Usted pagará el máximo)	
	<a href="#"><u>Servicios de rehabilitación</u></a>	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#"><u>deductible</u></a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#"><u>costos compartidos</u></a> con un <a href="#"><u>proveedor dentro de la red</u></a> que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Límite combinado de 30 visitas para terapias físicas y ocupacionales y servicios quiroprácticos. Es posible que se requiera <a href="#"><u>autorización previa</u></a> . *Consulte la Sección 6.
	<a href="#"><u>Servicios de habilitación</u></a>	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#"><u>deductible</u></a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#"><u>costos compartidos</u></a> con un <a href="#"><u>proveedor dentro de la red</u></a> que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Límite combinado de 30 visitas para terapias físicas y ocupacionales y servicios quiroprácticos. Es posible que se requiera <a href="#"><u>autorización previa</u></a> . *Consulte la Sección 6.
	<a href="#"><u>Atención de enfermería especializada</u></a>	Sin cargo	Sin cargo después del <a href="#"><u>deductible</u></a>	Sin cobertura	No se aplican <a href="#"><u>costos compartidos</u></a> con un proveedor que no es un IHCP con una <a href="#"><u>derivación</u></a> de un IHCP. 30 días por año. Es posible que se requiera <a href="#"><u>autorización previa</u></a> .

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP (Usted pagará el máximo)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	Sin cargo después del <u>deductible</u>	Sin cobertura	No se aplican <u>costos compartidos</u> con un proveedor de salud no indígena con una <u>derivación</u> de un IHCP. Solo se cubre el <u>equipo médico duradero</u> considerado. Se requiere <u>autorización previa</u> para artículos de más de \$500
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cargo después del <u>deductible</u>	Sin cobertura	Los beneficios para <u>servicios en un programa de cuidados paliativos</u> para pacientes hospitalizados o en su hogar están cubiertos si usted tiene una enfermedad terminal. No se requiere autorización los primeros 6 meses, revisión clínica los 6 meses posteriores. *Consulte la Sección 6.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un examen por año. No se aplican <u>costos compartidos</u> con un <u>proveedor dentro de la red</u> que no es un IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Cubre un (1) par de lentes por año cuando se determina que un cambio en la receta médica es <u>necesario por motivos médicos</u> ; un (1) par de marcos. No se aplican <u>costos compartidos</u> con un <u>proveedor dentro de la red</u> que no es un IHCP con una <u>derivación</u> de un IHCP.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura dental para niños puede adquirirse por separado como una póliza independiente.

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok).

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto cuando la vida de la madre se encuentra en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía estética (Excepto cuando sea médicaamente necesario)
- Atención dental
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Atención quiropráctica (30 visitas por año)
- Tratamiento de infertilidad
- Audífonos
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Friday Health Plans al 1-844-817-1600. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros al 1-855-408-1212. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación médica](#). Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Friday Health Plans, 1-844-817-1600.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?** Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar?** Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

**Servicio de acceso a idiomas:**

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-844-817-1600.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-817-1600.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-817-1600.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-817-1600.

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok](http://www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok).

Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg está embarazada (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)	Controlar la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> \$0</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a> 0%</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento) 0%</li> <li>■ Otro 0%</li> </ul> <p>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <a href="#">especialista</a> (<a href="#">atención prenatal</a>) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (<a href="#">ecografías y análisis de sangre</a>) Consulta con un <a href="#">especialista</a> (<a href="#">anestesia</a>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> \$0</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a> 0%</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento) 0%</li> <li>■ Otro <a href="#">coseguro</a> 0%</li> </ul> <p>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <a href="#">médico de atención primaria</a> (<a href="#">incluye la educación sobre enfermedades</a>) <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (<a href="#">análisis de sangre</a>) <a href="#">Medicamentos con receta médica</a> <a href="#">Equipo médico duradero</a> (<a href="#">glucómetro</a>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> \$0</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a> 0%</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento) 0%</li> <li>■ Otro <a href="#">coseguro</a> 0%</li> </ul> <p>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a> (<a href="#">incluye suministros médicos</a>) <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (<a href="#">radiografías</a>) <a href="#">Equipo médico duradero</a> (<a href="#">muletas</a>) <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> (<a href="#">fisioterapia</a>)</p>
Costo total del ejemplo	Costo total del ejemplo	Costo total del ejemplo
\$12,700	\$5,600	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	En este ejemplo, Joe pagaría:	En este ejemplo, Mia pagaría:
<i>Costos compartidos</i>	<i>Costos compartidos</i>	<i>Costos compartidos</i>
Deducibles	Deducibles	Deducibles
Copagos	Copagos	Copagos
Coseguro	Coseguro	Coseguro
<i>Lo que no está cubierto</i>	<i>Lo que no está cubierto</i>	<i>Lo que no está cubierto</i>
Límites o exclusiones	Límites o exclusiones	Límites o exclusiones
El total que Peg pagaría es	El total que Joe pagaría es	El total que Mia pagaría es

Nota: Estos números suponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) de IHCP o con una [derivación](#) de un IHCP en un centro que no es de IHCP. Si recibe atención de un [proveedor](#) que no es un IHCP sin una [derivación](#) de un IHCP, sus costos pueden ser más elevados.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Inserto en varios idiomas  
Servicios de intérpretes en varios idiomas

**Spanish:** Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Friday Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-817-1600.

**Vietnamese:** Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Friday Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một chuyên viên dịch thuật, xin gọi 1-844-817-1600.

**Chinese:** 如果您，或您正在幫助的人，有關於 Friday Health Plans方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。想要跟一位翻譯員通話，請致電 1-844-817-1600。

**Korean:** 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Friday Health Plans에 대해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-817-1600로 전화하십시오.

**Russian:** Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Friday Health Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-817-1600.

**Amharic:** አዲስ የወያም አዲስ የሚሸጋገኑት ጉልል ተስፋ ከለ Friday Health Plans ተያች ካለሁ፡ የለ የሚጠዥ ክፍያ በቁጥር አጠቃላይ መረጃ የሚገኘት መብት አለሁ፡፡ ከአዲስ የሚጠዥ የደንብ ስርዓት፡ 1-844-817-1600 ይደውሉ፡፡

**Arabic:** إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسلمة بخصوص 1-844-817-1600 في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بخلافك من دون آية تكلفة للتحدث مع مترجم Friday Health Plans فليدلك الحق: احصل بـ

**German:** Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Friday Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-817-1600 an.

**French:** Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Friday Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète,appelez 1-844-817-1600.

**Nepali:** यदि तपाईं आफ्ना लागि आफै आवेदनको काम गदा, वा कर्सैलाई मदुदत गदा हानुहान्छ Friday Health Plans बारे प्रणाली छन् भने आफ्नो मातुभाषामा निःशुल्क सहायता वा जानकार पाउने अधिकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग कुरा गनरुपरे 1-844-817-1600 मा फोन गनरुहोस् ।

**Tagalog:** Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Friday Health Plans, may karapatán ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-817-1600.

**Japanese:** ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Friday Health Plansについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話しされる場合、1-844-817-1600までお電話ください。

**Cushite:** Isin yookan namni biraan isin deeggartan Friday Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeaffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkofsa bilbilaa 1-844-817-1600 tiin bilbilaa.

**Persian:** گر شما، یا کسی که شما به او کمک می‌کنید ، سوال در مورد 1-844-817-8160 داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید تماس حاصل نمایید.

**Kru:** I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Friday Health Plans, U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong nni nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel 1-844-817-1600.

**Ibo:** ॥ bʊ̥rʊ̥ gʊ̥, ma o bʊ̥ onye l na eyere-aka, nwere ajʊ̥jʊ̥ gbasara Friday Health Plans, l nwere ohere iwenta nye maka na ɪmʊ̥ma na asʊ̥sʊ̥ gʊ̥ na akwu gʊ̥ ɪgwʊ̥. l chʊ̥rɪ̥ l kwɪ̥rɪ̥ onye-ntapla okwu, kpʊ̥ 1-844-817-1600.

**Yoruba:** Bi iwá, tábí ìníkìní tí o n ranlówá, bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ń lati rí iranwá áti ifitóniléti gbà ní èdè rí láisanwó. Látí bá ongbuñ kan súñ, pè sóri 1-844-817-1600.