



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le indica de qué manera usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)) por separado. Este solo es un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org) o llame al 1-855-433-4347. Para ver definiciones generales de términos comunes, 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 [www.iehp.org](http://www.iehp.org), o llamar al 1-855-433-4347 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la <a href="#">cantidad del deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares cumpla con el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios y la <a href="#">atención preventiva</a> que se indican en la gráfica que inicia en la Página 2.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque usted aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte 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 otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$8,700 por persona, \$17,400 por familia	El <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> es la cantidad máxima que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.
¿Qué no incluye el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Este <a href="#">plan</a> no cubre <a href="#">primas</a> ni atención médica.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores preferidos, visite <a href="http://www.iehp.org">www.iehp.org</a> o llame al 1-855-433-4347.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará lo máximo si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan (facturación de saldo)</a> . Tenga en cuenta que, su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como estudios de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	Sí. Requiere una <a href="#">autorización previa</a> por escrito.	Este <a href="#">plan</a> pagará todos o algunos de los costos de atenderse con un <a href="#">especialista</a> para servicios cubiertos pero solo si tiene una <a href="#">referencia</a> antes de acudir al <a href="#">especialista</a> .

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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es IHCP (usted pagará el máximo)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta	No cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> se exige con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia de IHCP</a> .
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$65 por consulta	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exige con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluaciones/vacunas</a>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Después revise lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$75 por consulta (radiografía), <a href="#">copago</a> de \$40 por consulta (análisis de sangre)	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exige con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$75 por consulta	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exige con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="#">www.iehp.org</a> .	Nivel 1: Medicamentos genéricos	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$15 (venta al menudeo), <a href="#">copago</a> de \$30 (servicio de entrega por correo)	No cubierto	Suministro o pedido: hasta para 30 días (venta al menudeo); de 30 a 100 días (servicio de entrega por correo), salvo cuando se apliquen límites de cantidad. Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para algunos medicamentos. El <a href="#">costo compartido</a> se exige con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$60 (venta al menudeo); <a href="#">copago</a> de \$120 (servicio de entrega por correo)	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$85 (venta al menudeo); <a href="#">copago</a> de \$170 (servicio de entrega por correo)	No cubierto	

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.iehp.org](#).

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es IHCP (usted pagará el máximo)	
	Nivel 4: <a href="#">Medicamentos especializados</a>	Sin cargo	20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$250 por receta médica	No cubierto	Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para algunos medicamentos. Es posible que apliquen límites de cantidad a ciertos medicamentos. Suministro/pedido: hasta un suministro de 30 días surtido por una farmacia especializada. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$130	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$60	No cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia de IHCP</a> .
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$330 por visita, médico de la sala de emergencias: sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$330 por visita, médico de la sala de emergencias: sin cargo	No se aplica el <a href="#">copago</a> si es hospitalizado. Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia. Se exime el <a href="#">costo compartido</a> con proveedores que no sean de IHCP con <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$250 por transporte	<a href="#">Copago</a> de \$250 por transporte	Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia. Se exime el <a href="#">costo compartido</a> con proveedores que no sean de IHCP con <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	<a href="#">Cuidado de urgencia</a>	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta	<a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta	Los servicios de <a href="#">cuidado de urgencia</a> fuera de la red se cubren mientras se encuentre fuera del área de servicio. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$350 por día	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">copago</a> se aplica hasta para cinco días. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	<a href="#">El costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.

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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es IHCP (usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo	<u>Copago</u> de \$35 por visita al consultorio; sesión de terapia individual; <u>copago</u> de \$17.50 por sesión de terapia grupal. Aparte de la visita al consultorio, <u>copago</u> de \$35 por visita	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> salvo por la evaluación inicial de salud del comportamiento. Se exime el <u>costo compartido</u> con proveedores que no sean de IHCP con <u>referencia</u> de IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados		<u>Copago</u> de \$350 por día	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> . El <u>copago</u> se aplica hasta para cinco días. El <u>costo compartido</u> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <u>referencia</u> de IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Prenatal: sin cargo; <u>copago</u> de \$35 por consulta	No cubierto	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican para <u>servicios preventivos</u> . El <u>costo compartido</u> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <u>referencia</u> de IHCP.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto. El <u>costo compartido</u> se exime con proveedores que no sean de IHCP con <u>referencia</u> de IHCP.
	Servicios del establecimiento de parto/nacimiento	Sin cargo	<u>Copago</u> de \$350 por día	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto. El <u>copago</u> se aplica hasta para cinco días. El <u>costo compartido</u> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <u>referencia</u> de IHCP.
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Asistencia médica a domicilio</u>	Sin cargo	<u>Copago</u> de \$30 por consulta	No cubierto	Se limita a 100 visitas cada año civil. Requiere <u>autorización previa</u> . El <u>costo compartido</u> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <u>referencia</u> de IHCP.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo	<u>Copago</u> de \$35 por consulta	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> . El <u>costo compartido</u> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <u>referencia</u> de IHCP.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo	<u>Copago</u> de \$35 por consulta	No cubierto	Requiere <u>autorización previa</u> . El <u>costo compartido</u> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <u>referencia</u> de IHCP.

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

Circunstancia médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es IHCP (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es IHCP (usted pagará el máximo)	
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$150 por día	No cubierto	Se limita a 100 días por año civil. El <a href="#">copago</a> se aplica hasta para cinco días. Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 20%	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista infantil	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Se limita a una visita al año.
	Anteojos infantiles	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Armazones seleccionados, uno por año civil; lentes de contacto cubiertos en lugar de anteojos
	Examen dental infantil	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Un examen preventivo de rutina cada seis meses

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Cirugía plástica</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención médica que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería privada</li> <li>• Cuidado de la vista de rutina (adultos)</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas para la pérdida de peso (la exclusión no se aplica para intervenciones conductuales de cuidado preventivo)</li> </ul> |
|--|--|---|

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

- |                            |              |                      |
|----------------------------|--------------|----------------------|
| • Servicios para un aborto | • Acupuntura | • Cirugía bariátrica |
|----------------------------|--------------|----------------------|

**Sus derechos a continuar la cobertura:** hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. A continuación, se indica la información de contacto de esos organismos:

- Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272) o visite <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>
- Departamento de Atención Médica Administrada de California: 1-888-466-2219 o la línea TDD 1-877-688-9891 para las personas con deficiencias auditivas o del habla o visite [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).
- Oficina de la Administración del Personal del Programa del Plan para Varios Estados: <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/consumer/>.

También puede tener otras opciones de cobertura a su disposición, como la compra de la cobertura de un 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 formal o una apelación:** hay dependencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [queja](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha [queja](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también le brindan toda la información para presentar una [queja](#), 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:

- IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am - 6pm, hora del Pacífico. Proporcione su número de identificación para miembros, su nombre y el motivo de su queja.
- Por correo: llame a IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am - 6pm hora del Pacífico y solicite que se le envíe un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, su número de identificación de miembro y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.

Envíe el formulario por correo a:

IEHP

Attention: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

- El consultorio de su médico tendrá disponibles los formularios de quejas.
- En línea: visite el sitio web de IEHP en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California usando la información de contacto que se indicó anteriormente.

### ¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) o [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, 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](#).

### ¿Cumple este plan los Estándares mínimos de valor? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple los [Estándares mínimos de valor](#), es posible que reúna los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-433-4347 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-433-4347 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-433-4347 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-433-4347 (TTY 711).

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

**Autorización para divulgar información según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA):** de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget, OMB*). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de **0.08** horas por respuesta, aproximadamente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, reunir la información requerida y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene cualquier comentario relacionado con la exactitud de las estimaciones de tiempo 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:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados solo son ejemplos de cómo este [plan](#) podría 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 [costos compartidos](#) ([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 va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$65
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 350 por día
- Otros [costos compartidos](#) \$35

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/nacimiento  
 Servicios del establecimiento de parto/nacimiento  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$60</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$65
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 350 por día
- Otros [costos compartidos](#) \$35

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [Proveedor de Cuidado Primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$20</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y tratamiento continuo)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$65
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 350 por día
- Otros [costos compartidos](#) \$35

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)  
[Examen de diagnóstico](#) (*radiografía*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$0</b>

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