




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 las definiciones generales de los 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 <b>deducible</b> general?	\$5,400 por individuo, \$10,800 por familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de <b>los proveedores</b> hasta la cantidad del <b>deducible</b> antes de que el <b>plan</b> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <b>plan</b> , cada familiar debe cumplir con su propio <b>deducible</b> individual hasta que la cantidad total de los gastos <b>deducibles</b> pagados por todos los familiares cumpla con el <b>deducible</b> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios y la <b>atención preventiva</b> que se indican en la gráfica que inicia en la Página 2.	Este <b>plan</b> cubre algunos productos y servicios aunque usted aún no haya alcanzado la cantidad del <b>deducible</b> . Sin embargo, se podría aplicar un <b>copago</b> o un <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costo compartido</b> y antes de que usted alcance su <b>deducible</b> . Consulte una lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí. \$50 por <b>deducible</b> individual para farmacia, \$100 por <b>deducible</b> familiar para farmacia; <b>se aplica para los niveles del 2 al 4</b> .	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del <b>deducible</b> antes de que el <b>plan</b> comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	\$8,700 por individuo, \$17,400 por familia	El <b>límite de gastos de su bolsillo</b> es la cantidad máxima que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros familiares en el <b>plan</b> , cada uno debe alcanzar su propio <b>límite de gastos de bolsillo</b> hasta alcanzar el <b>límite de gastos de bolsillo</b> general de la familia.
¿Qué no incluye el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	Este <b>plan</b> no cubre <b>primas</b> ni atención médica.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .
¿Pagará menos si acude a un <b>proveedor de la red</b> ?	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 <b>plan</b> utiliza una <b>red de proveedores</b> . Pagará menos si utiliza un <b>proveedor</b> dentro de <b>la red del plan</b> . Pagará lo máximo si acude a un <b>proveedor fuera de la red</b> y podría recibir una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del <b>proveedor</b> y lo que paga su <b>plan</b> ( <b>facturación de saldo</b> ). Tenga en cuenta que, su <b>proveedor de la red</b> podría usar un proveedor <b>fuera de la red</b> para algunos servicios (como estudios de laboratorio). Consulte con su <b>proveedor</b> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <b>referencia</b> para atenderse con un <b>especialista</b> ?	Sí. Requiere una <b>autorización previa</b> por escrito.	Este <b>plan</b> pagará todos o algunos de los costos de atenderse con un <b>especialista</b> para servicios cubiertos pero solo si tiene una <b>referencia</b> antes de acudir al <b>especialista</b> .

 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
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Ninguno.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Copago</a> de \$90/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluaciones/vacunas</a>	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.
Si se realiza un examen	<a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	<a href="#">Copago</a> de \$95/se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas (radiografía), <a href="#">copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas (análisis de sangre)	No cubierto	Requiere una orden médica.
	Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	<a href="#">Copago</a> de \$325/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="#">www.iehp.org</a> .	Nivel 1: Medicamentos genéricos	<a href="#">Copago</a> de \$18 (venta al menudeo), <a href="#">copago</a> de \$36 (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. Se requiere un <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados de los niveles del 2 al 4 de \$50 por individuo, \$100 por familia.
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	<a href="#">Copago</a> de \$60 (venta al menudeo), se aplica el <a href="#">deducible</a> para farmacia; <a href="#">copago</a> de \$120 (servicio de entrega por correo), se aplica el <a href="#">deducible</a> para farmacia	No cubierto	

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

⚠ 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	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Servicios que puede necesitar	Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
	Nivel 3: Medicamentos de marca no preferida	<a href="#">Copago</a> de \$90 (venta al menudeo), se aplica el deducible para farmacia; <a href="#">copago</a> de \$180 (servicio de entrega por correo), se aplica el <a href="#">deducible</a> para farmacia	No cubierto	Suministro/pedido: hasta para 30 días (venta al menudeo); de 30 a 100 días (servicio de entrega por correo), salvo cuando apliquen límites de cantidad. Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para algunos medicamentos. Se requiere un <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados de los niveles del 2 al 4 de \$50 por individuo, \$100 por familia.
	Nivel 4: <a href="#">Medicamentos especiales</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20% hasta \$250 por receta médica, se aplica el deducible para farmacia	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. Se requiere un <a href="#">deducible</a> para medicamentos recetados \$50 por individuo, \$150 por familia.
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	El <a href="#">deducible del coseguro</a> del 30% no se aplica	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	Tarifas del médico/cirujano	El <a href="#">deducible del coseguro</a> del 30% no se aplica	No cubierto	Ninguno.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<a href="#">Copago</a> de \$400 por consulta/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas, médico de la sala de emergencias ( <i>Emergency Room, ER</i> ): sin cargo	<a href="#">Copago</a> de \$400 por consulta/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas, médico de la ER: 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.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$250/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para transporte	<a href="#">Copago</a> de \$250/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para transporte	Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia.
	<a href="#">Cuidado de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	<a href="#">Copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	Los servicios de <a href="#">cuidado de urgencia</a> fuera de la red se cubren mientras se encuentre fuera del área de servicio.
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	Se aplica el <a href="#">deducible del coseguro</a> del 30%	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .


\* 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).

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
		Proveedor de red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
	Tarifas del médico/cirujano	El <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 30% no se aplica	No cubierto	Ninguno
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	<a href="#">Copago</a> de \$50 por visita al consultorio: sesión de terapia individual/ no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas; <a href="#">copago</a> de \$25 por sesión de terapia grupal / no se aplica el <a href="#">deducible</a> Aparte de la visita al consultorio <a href="#">Copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> salvo por la evaluación inicial de salud del comportamiento.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 30%	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Prenatal: sin cargo; <a href="#">copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> .
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	El <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 30% no se aplica	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto.
	Servicios del establecimiento de parto/nacimiento	Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 30%	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto.

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
		Proveedor de red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
<b>Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Asistencia médica a domicilio</a>	<a href="#">Copago</a> de \$45/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Se limita a 100 visitas cada año civil. Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 30%	No cubierto	Se limita a 100 días por año civil. Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	El <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 20% no se aplica	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin cargo	No cubierto	Requiere <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista infantil	Sin cargo	No cubierto	Se limita a una visita al año.
	Anteojos infantiles	Sin cargo	No cubierto	Armazones seleccionados, uno por año civil; lentes de contacto cubiertos en lugar de anteojos
	Examen dental infantil	Sin cargo	No cubierto	Un examen preventivo de rutina cada seis meses

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

## 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](#)).**

- |                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| • Atención quiropráctica    | • Tratamiento de infertilidad   | • Servicios de enfermería privada  |
| • Cirugía plástica          | • Atención a largo plazo  | • Cuidado de la vista de rutina (adultos)  |
| • Atención dental (adultos) | • Atención médica que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU. | • Cuidado de los pies de rutina  |
| • Audífonos                 |   | • Programas para la pérdida de peso (la exclusión no se aplica para intervenciones conductuales de cuidado preventivo) |

**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 o una apelación:** hay organismos 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 por 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 una 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).

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

**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](#) \$5,400
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$90
- [Costo compartido](#) del hospital (establecimiento) 30%
- Otros [costos compartidos](#) \$50

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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$5,400
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,700
Lo que no está cubierto	
Limitaciones o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$7,860</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](#) \$5,400
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$90
- [Costo compartido](#) del hospital (establecimiento) 30%
- Otros [costos compartidos](#) \$50

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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$50
<a href="#">Copagos</a>	\$1,600
<a href="#">Coseguro</a>	\$200
Lo que no está cubierto	
Limitaciones o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,870</b>

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,400
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$90
- [Costo compartido](#) del hospital (establecimiento) 30%
- Otros [costos compartidos](#) \$50

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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$1,300
<a href="#">Coseguro</a>	\$90
Lo que no está cubierto	
Limitaciones o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,390</b>

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