



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por su sigla en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamada la prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 888-326-7240. Para obtener definiciones generales de los términos comunes, por ejemplo, monto permitido, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante
¿Cuál es el deducible total?	<b>Proveedores de Nivel 1 (preferidos):</b> \$600 por participante del plan, \$1,200 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 2 (preferidos):</b> \$950 por participante del plan, \$1,900 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 3 (no preferidos):</b> \$950 por participante del plan, \$1,900 por unidad familiar. El deducible vuelve a comenzar cada <b>1 DE OCTUBRE</b> .	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> hasta que el monto total de gastos de <u>deducible</u> pagado por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. <u>La atención preventiva</u> , la rehabilitación ambulatoria/en consultorio, <u>la atención de urgencia</u> , las visitas al consultorio y los análisis diagnósticos de laboratorio están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este plan cubre algunos artículos y <u>servicios</u> incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre determinados <u>servicios preventivos sin gasto compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$75 por participante del plan por <u>medicamentos con receta</u> . No se aplica a <u>medicamentos genéricos</u> o <u>medicamentos de marca de farmacia preferida</u> .	Sí: Usted debe pagar todos los costos de estos <u>servicios</u> hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este plan comience a pagar por estos <u>servicios</u> .
¿Cuál es el límite de gastos del bolsillo para este plan?	<b>Proveedores de Nivel 1 (preferidos)</b> que incluyen gastos de farmacia preferida: \$3,000 por participante del plan, \$6,000 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 2 (preferidos)</b> que incluye gastos de farmacia no preferida: \$5,700 por participante del plan, \$11,400 por unidad familiar. <b>Proveedores de Nivel 3 (no preferidos):</b> \$5,700 por participante del plan, \$11,400 por unidad familiar.	El <u>límite de gastos del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted podría pagar por los <u>servicios</u> cubiertos. Si usted tiene otros familiares en este plan, tienen que cubrir sus propios <u>límites de gastos del bolsillo</u> hasta que se cubra el <u>límite de gastos del bolsillo</u> familiar total.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos del bolsillo?	Sanciones de certificación previa, <u>medicamento con receta</u> sanciones DAW y descuentos/cupones, <u>primas</u> , <u>facturación del saldo</u> cargos (a menos que esté prohibida la <u>facturación del saldo</u> ), y atención médica que este plan no cubra. El límite de <u>gastos del bolsillo</u> vuelve a comenzar cada <b>1 DE OCTUBRE</b> .	Si bien usted paga estos costos, no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Pagará usted menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Consulte <a href="https://etrx.ehspgo.com/ETRXMemberPortal.aspx?EmployerID=32820">https://etrx.ehspgo.com/ETRXMemberPortal.aspx?EmployerID=32820</a> o llame a MAP al 844-297-0747 para obtener una lista de proveedores de Nivel 1 o Nivel 2 (preferidos).	Este plan ofrece oportunidades de <u>proveedores preferidos</u> . Usted pagará menos si usa un proveedor ( <u>preferido</u> ) del Nivel 1 o Nivel 2. Usted pagará más si usa un proveedor (no <u>preferido</u> ) del Nivel 3, y puede recibir una factura de un proveedor del Nivel 3 por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su plan paga ( <u>saldo de facturación</u> ). Tenga en cuenta que su proveedor ( <u>preferido</u> ) del Nivel 1 o Nivel 2 puede usar un <u>proveedor</u> (no <u>preferido</u> ) del Nivel 3 para algunos <u>servicios</u> (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir <u>servicios</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .

⚠ Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla después de haber alcanzado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará usted			Restricciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedores del Nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores del Nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedores del Nivel 3 (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio de un proveedor o la clínica de servicios de salud	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$15 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$25 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$30 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	El <u>copago</u> se aplica por visita e incluye radiografías y análisis de laboratorio, inyecciones, alergias y cirugía en el consultorio realizada el mismo día/mismo proveedor.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$60 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	
	<u>Atención médica preventiva/exámenes</u> inmunizaciones	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Usted podría tener que pagar por los <u>servicios</u> que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los <u>servicios</u> requeridos son <u>preventivos</u> , verifique después lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> - Laboratorio	\$5 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	25% de <u>coseguro</u> ; <u>deducible</u> no aplica	25% de <u>coseguro</u> ; <u>deducible</u> no aplica	Los servicios de imagenología pueden estar disponibles sin costo a través de <i>Green Imaging, LLC</i> comuníquese con <a href="http://www.greenimaging.net">www.greenimaging.net</a> . Se requiere una <u>certificación previa antes de los servicios de imagenología</u> (no realizados por <i>Green Imaging, LLC</i> ), para evitar una penalización.
	<u>Prueba diagnóstica</u> - Radiografía	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
	<u>Imágenes</u> (CT/PET, MRI)	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
Si necesita fármacos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> , en <a href="https://www.ventegra.com/">https://www.ventegra.com/</a>	Fármacos genéricos	<b>Farmacia preferida</b>		<b>Farmacia no preferida</b>	Aplica el <u>deducible</u> de los <u>medicamentos recetados</u> a los <u>medicamentos de marca de farmacia no preferida</u> *. Aplican los montos del <u>copago</u> por receta. Los <u>medicamentos de venta minorista</u> están disponibles hasta un suministro para 91 días por receta. Los <u>medicamentos especializados</u> están limitados a un suministro de 30 días por receta. No existe la opción de pedidos por correo a la farmacia. <i>Comuníquese con Ventegra para obtener una lista actual de farmacias preferidas y no preferidas</i> : <a href="https://www.ventegra.com/">https://www.ventegra.com/</a> .
	suministro para 30 días	\$5 de <u>copago</u>		\$10 de <u>copago</u>	
	suministro para 31 a 60 días	\$10 de <u>copago</u>		\$20 de <u>copago</u>	
	suministro para 61 a 91 días	\$15 de <u>copago</u>		\$30 de <u>copago</u>	
	Medicamentos de marcas incluidas en el formulario				
	suministro para 30 días	\$40 de <u>copago</u>		*20% de <u>copago</u> (\$50 máx.)	
suministro para 31 a 60 días	\$80 de <u>copago</u>		*20% de <u>copago</u> (\$100 máx.)		
suministro para 61 a 91 días	\$120 de <u>copago</u>		*20% de <u>copago</u> (\$150 máx.)		
Medicamentos de marca no incluidos en el formulario					
suministro para 30 días	50% de <u>copago</u> (\$125 máx.)		*50% de <u>copago</u> (\$150 máx.)		
suministro para 31 a 60 días	50% de <u>copago</u> (\$250 máx.)		*50% de <u>copago</u> (\$300 máx.)		
suministro para 61 a 91 días	50% de <u>copago</u> (\$375 máx.)		*50% de <u>copago</u> (\$450 máx.)		

\*Para obtener más información sobre los límites y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en [www.ebms.com](http://www.ebms.com).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará usted			Restricciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedores del Nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores del Nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedores del Nivel 3 (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos especiales	50% de <u>copago</u> (\$200 máx.)		No cubierto	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (clínica)	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	<i>Se requiere una certificación previa antes de la cirugía ambulatoria para evitar sanciones.</i>
	Tarifas del médico/cirujano	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Servicios de la sala de emergencias</u>	25% de <u>coseguro</u> <i>(sujeto al deducible y al límite de gastos del bolsillo del Nivel 1)</i>			<i>Se requiere una certificación previa después de una admisión de la sala de emergencias para evitar una sanción.</i>
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	25% de <u>coseguro</u> <i>(sujeto al deducible y al límite de gastos del bolsillo del Nivel 1)</i>			Ninguno.
	<u>Cuidado urgente</u>	\$100 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$100 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$100 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	El <u>copago</u> incluye todos los servicios incurridos durante la visita y facturados por el mismo proveedor.
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	La cobertura se limita a la tarifa de habitación semiprivada. <i>Se requiere una certificación previa antes de la admisión de pacientes hospitalizados para evitar una sanción.</i>
	Tarifas del médico/cirujano	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o de abuso de sustancias</b>	Centro ambulatorio	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> se aplica por visita e incluye radiografías y análisis de laboratorio, inyecciones, alergias y cirugía en el consultorio realizada el mismo día/mismo proveedor.
	Médico ambulatorio	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
	Visita al consultorio de atención primaria	\$15 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$25 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$30 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	
	Visita al consultorio de un especialista	\$40 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$60 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	
	Hospitalización	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
Médico de hospitalización	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	<i>Se requiere una certificación previa antes de la admisión de pacientes hospitalizados para evitar una sanción.</i>	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas en consultorio médico	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a determinados <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de <u>servicios</u> , puede aplicar el <u>coseguro</u> . La atención materna puede incluir pruebas y <u>servicios</u> descritos en otras partes del SBC (p. ej. ecografía). <i>Se requiere una certificación previa para la admisión a maternidad que exceda las 48 horas para parto vaginal o 96 horas para cesárea para evitar una sanción.</i>
	Parto/ <u>servicios</u> profesionales	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
	Parto/ <u>servicios</u> de instalaciones para parto	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Qué pagará usted			Restricciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedores del Nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedores del Nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedores del Nivel 3 (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	La cobertura está limitada a máximo 16 horas por día. <i>Se requiere una certificación previa antes de la atención médica en el hogar para evitar una sanción.</i>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	<i>Se requiere una certificación previa antes de la admisión de pacientes hospitalizados para evitar una sanción. Los servicios de hospitalización están limitados a 60 días por año del <u>plan</u> (combinado con centros de enfermería especializada). La rehabilitación cardíaca ambulatoria está limitada a 36 visitas por año del <u>plan</u>; las terapias ambulatorias física, del habla, ocupacional, cognitiva y respiratoria, así como la atención con quiroprácticos están limitadas a 60 visitas (combinadas) por año del <u>plan</u>. Los límites de las visitas no aplican a tratamientos relacionados con los trastornos del espectro autista.</i>
	Servicios de hospitalización Servicios ambulatorios/ de consultorio	\$40 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	\$60 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> no aplica	
	<u>Servicios de habilitación</u>	Consultar <u>servicios de rehabilitación</u>			La cobertura se limita a la tarifa de habitación semiprivada y 60 días por año del <u>plan</u> (combinado con <u>servicios de rehabilitación hospitalarios</u> ). <i>Se requiere una certificación previa antes de la admisión de pacientes hospitalizados para evitar una sanción.</i>
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	<i>Se requiere una certificación previa antes de DME que exceda los \$2,500 (incluidas todas las máquinas de presión positiva de las vías respiratorias (PAP) y humidificadores, independientemente del costo) para evitar una sanción.</i>
	<u>Equipo médico duradero (DME)</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	<i>Se requiere una certificación previa antes de los servicios de cuidados paliativos para evitar una sanción.</i>
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	
<b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen de la vista para niños		No cubierto		Los beneficios de visión y dentales pueden estar disponibles a través de una elección del <u>plan</u> por separado.
	Anteojos para niños		No cubierto		
	Consulta dental para niños		No cubierto		



## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)**

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (Adulto/Niños)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios médicos no urgentes incurridos mientras viaja fuera de Estados Unidos.
- Enfermería de servicio privado
- Atención oftalmológica de rutina (Adulto/Niños)
- Podología 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 de su plan).**

- Atención quiropráctica

**Sus derechos de mantener su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea mantener su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Servicios de Salud y Humanos, Centro de Información para el consumidor y Supervisión de Seguro al 1-877-267-2323 extensión 61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También podrían existir otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar 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.

**Sus derechos de presentar un agravio y apelaciones:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una denuncia contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se conoce como una reclamación o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación. Los documentos de su plan también ofrecen información completa para presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para obtener ayuda, póngase en contacto con: EBMS al 1-800-777-3575. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo con su apelación. Puede encontrar una lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor en: [www.dol.gov/ebsa/healthcarereform](http://www.dol.gov/ebsa/healthcarereform) y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/>.

### ¿Ese plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles por medio del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, puede no ser elegible para el crédito fiscal para primas.

### ¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para primas que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado.

### Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 888-326-7240.

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888-326-7240.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 888-326-7240.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 888-326-7240.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos para una situación médica de muestra, consulte la próxima sección.*

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. 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, reunir la información necesaria, además de revisar la información. 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 este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención que realmente reciba, de los precios que cobren sus proveedores y de muchos factores más. Concéntrese en los montos de los costos compartidos, (deducibles, copagos, coseguro) y servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo los diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

- El deducible total del plan \$600
- Copago al médico de atención primaria \$15
- Hospital (instalación) coseguro 25%
- Otro coseguro 25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultorio de médico de atención primaria  
(*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento/parto

Servicios del centro para el nacimiento/parto

Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita al especialista(*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
-------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$600
-------------------	-------

<u>Copagos</u>	\$0
----------------	-----

<u>Coseguro</u>	\$2,400
-----------------	---------

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

<b>El monto total que pagaría Peg es</b>	<b>\$3,060</b>
--	----------------

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina en la red)

- El deducible total del plan \$600
- Especialista copago \$40
- Hospital (instalación) coseguro 25%
- Otro coseguro 25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultorio del médico especialista

(*incluye la educación sobre la enfermedad*)

Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta

Equipo para la diabetes (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
-------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$0
-------------------	-----

<u>Copagos</u>	\$2,700
----------------	---------

<u>Coseguro</u>	\$0
-----------------	-----

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

<b>El monto total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,720</b>
--	----------------

### Fractura simple de Mia

(visita en la sala de emergencias en la red y atención de seguimiento)

- El deducible total del plan \$600
- Especialista copago \$40
- Hospital (instalación) coseguro 25%
- Otro coseguro 25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias

(*incluye suministros médicos*)

Prueba diagnóstica (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
-------------------------	--

<u>Deducibles</u>	\$600
-------------------	-------

<u>Copagos</u>	\$300
----------------	-------

<u>Coseguro</u>	\$300
-----------------	-------

<i>Lo que no está cubierto</i>	
--------------------------------	--

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

<b>El monto total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,200</b>
--	----------------