



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, visítenos en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame al 1-888-421-8444. 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 ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>; o bien puede llamar al 1-888-421-8444 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <b>deducible total</b> ?	\$6,300 por individuo o \$12,600 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta la cantidad del <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <b>plan</b> , cada familiar deberá pagar su propio <b>deducible</b> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <b>deducible</b> que pagan todos los familiares alcance el <b>deducible</b> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: atención primaria, especialistas, atención <b>preventiva</b> , análisis de laboratorio, atención de urgencia, servicios de salud conductual o por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Outpatient, OP), atención prenatal y previa a la concepción.	Este <b>plan</b> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <b>deducible</b> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 y que define los servicios con o sin <b>deducible</b> . Es posible que se aplique un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre algunos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> y antes de que cumpla con su <b>deducible</b> . Vea una lista de servicios <b>preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . Incluye los requisitos de atención <b>preventiva</b> de la Ley de Atención Accesible (Affordable Care Act, ACA) <a href="http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx">http://www.ncsl.org/research/health/american-health-benefit-exchanges-b.aspx</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí. \$500 por individuo o \$1,000 por familia para la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> .	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar por estos servicios. Todas las cantidades que paga por servicios cubiertos sujetos a <b>deducible</b> se aplican a su gasto de bolsillo máximo anual.
¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	Para los <b>proveedores dentro de la red</b> : \$8,200 por individuo / \$16,400 por familia.	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <b>plan</b> , ellos deben pagar sus propios <b>límites de gastos de bolsillo</b> hasta alcanzar el <b>límite de gastos de bolsillo</b> familiar general. Las cantidades de copagos y <b>coseguro</b> que paga por servicios cubiertos se aplican a su gasto de bolsillo máximo anual.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de</b>	Los <b>copagos</b> para determinados servicios, las <b>primas</b> , los cargos	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <b>límite de gastos de bolsillo</b> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<b><u>gastos de bolsillo?</u></b>	por <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	
<b>¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red?</u></b>	Sí. Consulte la <a href="#">Búsqueda de proveedores de Valley Health Plan</a> o llame al 1-888-421-8444 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
<b>¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista?</u></b>	Sí.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$65 por visita; no se aplica el deducible a las primeras tres visitas no preventivas	Sin cobertura	Ninguna.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$95 por visita; no se aplica el deducible a las primeras tres visitas no preventivas	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<a href="#">Atención preventiva / evaluación</a> / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: \$40 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> Radiografías: 40% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> , visite <a href="http://www.valleyhealthplan.org">www.valleyhealthplan.org</a>	Medicamentos genéricos	\$18 de <a href="#">copago</a> por receta médica	Sin cobertura	Los medicamentos con receta médica surtidos en una farmacia <a href="#">fuera de la red</a> están cubiertos si se relacionan con la atención para una emergencia médica o atención de urgencia. Si su medicamento con receta médica no está incluido en el <a href="#">formulario</a> , se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.  Servicio por venta minorista / por correo:
	Medicamentos de marca preferidos	40% hasta \$500 por receta médica	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	40% hasta \$500 por receta médica	Sin cobertura	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	40% hasta \$500 por receta médica	Sin cobertura	

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				1 copago = suministro de hasta 30 días para los niveles 1 a 4
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Centro: 40% de <u>coseguro</u>	Centro: 40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
		Médico: sin cargo	Médico: sin cargo	
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	40% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$65 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> a las primeras tres visitas no <u>preventivas</u>	\$65 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> a las primeras tres visitas no <u>preventivas</u>	La <u>atención de urgencia</u> brindada por <u>proveedores</u> no participantes cuando se encuentra fuera el área de servicio está cubierta. Se requiere autorización previa por escrito para <u>atención de urgencia</u> brindada por <u>proveedores</u> no participantes cuando se encuentra dentro del área de servicio. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa por servicios de <u>atención de urgencia</u> brindados por <u>proveedores</u> no participantes dentro del área de servicio.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$65 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> a las primeras tres visitas no <u>preventivas</u>	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
		Otros: \$65 por visita		
		Centro: 20% de		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>coseguro</u> Médico: 20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	100 visitas por año. Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$65 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$65 por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	100 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	40% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos).
	Control dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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](#)).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica</li><li>• Cirugía estética</li><li>• Atención dental (adultos)</li><li>• Audífonos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento para la infertilidad</li><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Asesoramiento nutricional</li><li>• Servicios de enfermería privada</li><li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul> |
|---|--|---|

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

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aborto</li><li>• Acupuntura</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Atención de los pies de rutina con límites</li></ul> |
|---|---|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: California, Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219 o línea TDD 1-877-688-9891 para personas con problemas de audición y habla o [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). O bien, llame a su seguro del estado al 1-800-927-HELP (4357), la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, el Programa del plan multiestatal de la Oficina de Administración de Personal en <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos de California, Covered California, al 1-800-300-1506 o en [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com). [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 [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: línea directa para el consumidor del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) al 1-888-466-2219.

### ¿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:

#### Obtener ayuda en otros idiomas

**ATENCIÓN:** Si habla otro idioma, los servicios de asistencia lingüística, sin cargo, están disponibles para usted. Llame al 1.888.421.8444 (Servicio de retransmisión de California (CRS) 711)

### **Español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

### **Tagalog (Filipino)**

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

### **한국어 (Korean)**

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 번으로 전화해 주십시오.

### **繁體中文 (Chinese)**

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)。

### **Հայաստան (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, սպա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711):

### **Русский (Russian)**

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

### **فارسی (Farsi)**

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان بر ای شما فراهم می باشد. با 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) تماس بگیرید.

### **日本語 (Japanese)**

日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) まで、お電話にてご連絡ください。

## Hmoob (Hmong)

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان . اتصل برقم م  
1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)

## ह िंं दी (Hindi)

यद आप ह िंं दी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाए उपलब्ध हैं। **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai) ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

ខែ ខែ (Cambodian) បរិស្ថានជាអ្នកនិយាយ ភាសាខែខែ, បសវាជំនួយនៃនកភាសា ពាយមិនគិត ួល គឺអាចមានសំរាប់បរ រ អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ  
**1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao) ຖ້າວ່າ ທ່ານເວ ັ້ພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫ ຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ  
**1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711).

*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 válido de la OMB para esta recopilación de 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. 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 va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,300
- [Copago](#) al [especialista](#) \$95
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,690</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$6,300
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguro</a>	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$7,260</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de

Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,300
- [Copago](#) al [especialista](#) \$95
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,300
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,220</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,300
- [Copago](#) al [especialista](#) \$95
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,700
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguro</a>	\$20
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$2,200</b>

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