




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 <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte el cuadro de Circunstancia médica común a continuación para ver sus costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>deducible</u> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar otros costos de servicio que cubre este <u>plan</u> . Vea una lista de servicios <u>preventivos</u> 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 preventiva 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 <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar otros costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo para este plan</u> ?	Para los <u>proveedores dentro de la red</u> : \$4,500 por individuo / \$9,000 por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. Las cantidades de copagos y <u>coseguro</u> que paga por servicios cubiertos se aplican a su gasto de bolsillo máximo anual.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Los <u>copagos</u> para determinados servicios, las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte la <u>Búsqueda de proveedores de Valley Health Plan</u> 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 del 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.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> pagará algunos o todos los costos de acudir a un <a href="#">especialista</a> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <a href="#">derivación</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 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)	
Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 por visita	Sin cobertura	Ninguna.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$30 por visita	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. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: \$15 por visita Radiografías: \$30 por visita	Sin cobertura	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$75 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
Si necesita un	Medicamentos genéricos	\$5 de <a href="#">copago</a> por	Sin cobertura	Los medicamentos con receta médica

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>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>	(Nivel 1)	receta médica <u>Venta minorista / pedido por correo</u>		surtidos en una farmacia <u>fuera de la red</u> 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 <u>formulario</u> , se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.  <u>Venta minorista / Pedido por correo:</u> 1 copago = suministro de hasta 30 días para los niveles 1 a 4
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$15 de <u>copago</u> por receta médica <u>Venta minorista / pedido por correo</u>	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$25 de <u>copago</u> por receta médica <u>Venta minorista / pedido por correo</u>	Sin cobertura	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	10% hasta \$250 por <u>receta médica Venta minorista / pedido por correo</u>	Sin cobertura	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 por visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	\$25 por visita	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Centro: \$150 por visita Médico: sin cargo	Centro: \$150 por visita Médico: sin cargo	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$150 por traslado	\$150 por traslado	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$15 por visita	\$15 por visita	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

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)	
				dentro del área de servicio.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 por día hasta 5 días	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 por visita	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
		Otros servicios para pacientes ambulatorios: \$15 por visita		
	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro: \$250 por día hasta 5 días	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
		Médico: sin cargo		
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 por día hasta 5 días	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	\$20 por visita	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>	\$15 por visita	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>	\$15 por visita	Sin cobertura	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	\$150 por día hasta 5 días	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>	10% 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</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.

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)	
	<a href="#">cuidados paliativos</a>			
<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:

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>			
<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>	
<b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b>			
<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 ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#).

[\*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).]

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.**

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿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)。

**Հայաստանի (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա 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 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)

### ह िं दी (Hindi)

यदद 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).

ខ្មែរ (Cambodian) បរិស្ថានជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវនករជំនាញនៃភាសា ជាមិនគិតថ្លៃ ឬ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក រ អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ

**1.888.421.8444** (California Relay Service (CRS) 711)។

ພາສາລາວ (Lao) ຖ້າວ່າ ທ່ານເວ ັ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> al <a href="#">especialista</a>	\$65
■ Copago del hospital (establecimiento) por día	\$250
■ Otro coseguro	10%

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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$660</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> al <a href="#">especialista</a>	\$65
■ Copago del hospital (establecimiento) por día	\$250
■ Otro coseguro	10%

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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$80
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$700</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Copago</a> al <a href="#">especialista</a>	\$65
■ Copago del hospital (establecimiento) por día	\$250
■ Otro coseguro	10%

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:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$720</b>

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