



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 <a href="#">deducible total</a> ?	\$4,750 por individuo o \$9,500 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <a href="#">plan</a> , cada familiar deberá pagar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <a href="#">deducible</a> que pagan todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: atención primaria, <a href="#">especialistas</a> , <a href="#">atención preventiva</a> , análisis de laboratorio, <a href="#">atención de urgencia</a> , servicios de salud conductual o por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Outpatient, OP), atención prenatal y previa a la concepción.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Sí. <a href="#">Cobertura de medicamentos con receta médica</a> \$85 por individuo o \$170 por familia. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este plan?	Para los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$8,750 por individuo / \$17,500 por familia.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <a href="#">plan</a> , ellos deben pagar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Los <a href="#">copagos</a> para determinados servicios, las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y la	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	
<b>¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a>?</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 <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> tiene una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red del plan</a> . Usted pagará el máximo si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
<b>¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a>?</b>	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)	
<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	\$45 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Ninguna.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$85 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	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.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)</a>	Análisis de laboratorio: \$50 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> Radiografías: \$95 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$325 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</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</a>	Medicamentos genéricos	\$16 de <a href="#">copago</a> por receta médica <a href="#">Venta minorista / pedido por correo</a>	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
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de <a href="#">copago</a> por receta médica <a href="#">Venta minorista / pedido por correo</a>	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)	
<a href="http://www.valleyhealthplan.org">receta médica</a> , visite <a href="http://www.valleyhealthplan.org">www.valleyhealthplan.org</a>	Medicamentos de marca no preferidos	\$90 de <a href="#">copago</a> por receta médica <a href="#">Venta minorista / pedido por correo</a>	Sin cobertura	por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.  <a href="#">Venta minorista / pedido por correo</a> : 1 copago = suministro de hasta 30 días para los niveles 1 a 4.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	20% hasta \$250 por receta médica <a href="#">Venta minorista / pedido por correo</a>	Sin cobertura	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Centro: \$400 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Centro: \$400 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
		Médico: sin cargo	Médico: sin cargo	
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$250 por traslado. No se aplica el <a href="#">deducible</a>	\$250 por traslado. No se aplica el <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$45 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	\$45 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	La <a href="#">atención de urgencia</a> brindada por <a href="#">proveedores</a> no participantes cuando se encuentra fuera el área de servicio está cubierta. Se requiere autorización previa por escrito para <a href="#">atención de urgencia</a> brindada por <a href="#">proveedores</a> no participantes cuando se encuentra dentro del área de servicio. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa por servicios de <a href="#">atención de urgencia</a> brindados por <a href="#">proveedores</a> no participantes dentro del área de servicio.

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 necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	30% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$45 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
		Otros servicios para pacientes ambulatorios \$0; no se aplica el <a href="#">deducible</a>		
	Servicios para pacientes hospitalizados	Centro: 30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
		Médico: 30% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>		
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% de <a href="#">coseguro</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito. Se pueden incurrir cargos sin autorización previa.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	\$45 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	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>	\$45 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	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>	\$45 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	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>	20% de <a href="#">coseguro</a> ; no	Sin cobertura	Se requiere autorización previa por escrito.

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)	
		se aplica el <a href="#">deducible</a>		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](#)).

- |                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| • Atención quiropráctica    | • Tratamiento para la infertilidad   | • Asesoramiento nutricional                |
| • Cirugía estética          | • Atención a largo plazo   | • Servicios de enfermería privada          |
| • Atención dental (adultos) | • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
| • Audífonos                 |  | • 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 del [plan](#)).

- |              |  |
|--------------|--|
| • Aborto     | • Cirugía bariátrica                         |
| • Acupuntura | • Atención de los pies de rutina con límites |

**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 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, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 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 فرامی 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 ਕਾ 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)

### हिंदी (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).

ខែ ខែខែ (Cambodian) បរិស្ថានជាអ្នកនិយាយ ភាសាខែខែខែ, បសវាជំនួយននកភាសា 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](#) \$4,750
- [Copago](#) al [especialista](#) \$85
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

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>	\$3,700
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$700

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$5,060</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 [deducible](#) general del [plan](#) \$4,750
- [Copago](#) al [especialista](#) \$85
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

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>	\$10
<a href="#">Copagos</a>	\$1,800
<a href="#">Coseguro</a>	\$200

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,030</b>
------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,750
- [Copago](#) al [especialista](#) \$85
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

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>	\$10
<a href="#">Copagos</a>	\$1,200
<a href="#">Coseguro</a>	\$60

*Lo que no está cubierto*

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

<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,270</b>
------------------------------------	----------------

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