



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información relacionada con el costo de este [plan](#) (denominado la [prima](#)) se proporcionará por separado.

Esto es solamente un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.apehp.com](http://www.apehp.com) o llame al 1-888-670-8135. Para consultar las definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otro término subrayado consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	Nivel 1: \$3,000 por persona/\$6,000 por grupo familiar Nivel 2: \$6,000 por persona/\$12,000 por grupo familiar	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si hay otros miembros de su familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> hasta que el monto total de gastos del <a href="#">deducible</a> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general del grupo familiar.
¿Están cubiertos estos servicios antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y atención primaria están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios incluso si todavía no alcanzó el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <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> .
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No	No es necesario que alcance el deducible para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para la combinación de proveedores de Nivel 1 y Nivel 2: \$6,850 por persona/\$13,700 por grupo familiar	El <a href="#">límite de desembolso</a> es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar su propio <a href="#">límite de desembolso</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de desembolso</a> general del grupo familiar.
¿Qué conceptos no están incluidos en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?	Los <a href="#">copagos</a> para ciertos servicios, las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldos</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso</a> .
¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.qualcareinc.com/FindADoctor/FindADoctor_QCGeneric.aspx">www.qualcareinc.com/FindADoctor/FindADoctor_QCGeneric.aspx</a> o llame al 1-888-670-8135 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede 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 recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No	Este <a href="#">plan</a> pagará parte o la totalidad de los costos para consultar a un <a href="#">especialista</a> por servicios cubiertos, pero solo si usted obtiene una <a href="#">remisión</a> antes de consultar al <a href="#">especialista</a> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se refieren a después de que alcanza su [deducible](#) si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor preferido de la red (Pagará menos)	Nivel 2 Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
<b>Si visita la clínica o el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Copago</a> de \$30/visita al consultorio	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Nivel 1 únicamente: las primeras 2 visitas por lesión o enfermedad están cubiertas al 100 %
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita al consultorio	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones</a>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar los servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se realiza una prueba</b>	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor preferido de la red (Pagará menos)	Nivel 2 Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos que requieren receta médica</a> , visite <a href="http://www.Express-Scripts.com">www.Express-Scripts.com</a> and <a href="http://www.apehp.com/forms-documents">www.apehp.com/forms-documents</a>	Medicamentos genéricos	<b>RX1:</b> <a href="#">copago</a> de \$6/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$15/receta (pedido por correo) <b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$20/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$50/receta (pedido por correo) <b>RX3:</b> <a href="#">copago</a> de \$15/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$37.50/receta (pedido por correo) <b>RX6:</b> sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado
	Medicamentos de marca preferida	<b>RX1:</b> <a href="#">copago</a> de \$25/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$62.50/receta (pedido por correo) <b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$40/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$100/receta (pedido por correo) <b>RX3:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo) <b>RX6:</b> sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado.  <b>RX3:</b> (farmacia minorista) el mínimo para un suministro para 30 días es de \$25; el máximo es de \$500. (Pedido por correo) el mínimo para un suministro para 90 días es de \$62.50; el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y <a href="#">medicamentos de especialidad</a> .
	Medicamentos de marca no preferida	<b>RX1:</b> <a href="#">copago</a> de \$40/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$100/receta (pedido por correo) <b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$70/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$175/receta (pedido por correo) <b>RX3:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo) <b>RX6:</b> sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado.  <b>RX3:</b> (farmacia minorista) el mínimo para

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor preferido de la red (Pagará menos)	Nivel 2 Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
					un suministro para 30 días es de \$25; el máximo es de \$500. (Pedido por correo) el mínimo para un suministro para 90 días es de \$62.50; el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y <a href="#">medicamentos de especialidad</a> .
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	<b>RX1:</b> <a href="#">copago</a> de \$25 - \$40/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$62.50 - \$100/receta (pedido por correo) <b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$40 - \$70/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$100 - \$175/receta (pedido por correo) <b>RX3:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo) <b>RX6:</b> sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado.  <b>RX3:</b> (farmacia minorista) el mínimo para un suministro para 30 días es de \$25; el máximo es de \$500. (Pedido por correo) el mínimo para un suministro para 90 días es de \$62.50; el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y <a href="#">medicamentos de especialidad</a> .
<b>Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa</b>	Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<a href="#">Copago</a> de \$250, luego <a href="#">coseguro</a> del centro quirúrgico ambulatorio independiente del 50 % <a href="#">Copago</a> de \$50, luego <a href="#">coseguro</a> del hospital del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<a href="#">Copago</a> de \$100/visita	<a href="#">Copago</a> de \$100/visita	<a href="#">Copago</a> de \$100/visita	Ninguna
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Ninguna

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor preferido de la red (Pagará menos)	Nivel 2 Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Ninguna
<b>Si necesita una estadía en el hospital</b>	Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	<a href="#">Copago</a> de \$500 por día durante 5 días por admisión	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farma codependencia</b>	Servicios para pacientes en consulta externa	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	<a href="#">Copago</a> de \$500 por día durante 5 días por admisión	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<a href="#">Copago</a> de \$30	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <a href="#">coseguro</a> .
	Parto/servicios profesionales para el parto	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Parto/servicios en centros para el parto	<a href="#">Copago</a> de \$500 por día durante 5 días por admisión	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	60 visitas/año Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 Proveedor preferido de la red (Pagará menos)	Nivel 2 Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	60 visitas/año Se incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<a href="#">Copago</a> de \$500 por día durante 5 días por admisión	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	60 visitas/año calendario Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	No se incluyen modificaciones de vehículos, hogares, equipos de ejercicios y baños. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<a href="#">Servicios para enfermos terminales</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite de un examen/año.
	Anteojos para niños	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite de un par de anteojos/año.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del [plan](#) para obtener más información y una lista completa de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Cirugía estética
- Atención dental
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de EE. UU.
- Enfermera privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones para estos servicios. Esta lista no es una lista completa. Consulte los documentos de su [plan](#)).

- Acupuntura (si se indica con fines de rehabilitación)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Aparatos auditivos
- Programas para bajar de peso

**Su derecho a continuar la cobertura:** existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez que haya terminado. La información de contacto de esas agencias es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. También puede tener otras opciones de cobertura disponibles para usted, que incluyen cobertura de seguro personal a través del [Mercado](#) de seguros de salud. 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 formal o apelación:** existen agencias que pueden ayudarlo si tiene algún reclamo contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de beneficios que recibirá para ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también le proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o para obtener ayuda, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

### ¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí.

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente la declaración de impuestos, a menos que califique para una exención al requisito que debe tener cobertura de salud durante ese mes.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede cumplir con los requisitos para recibir [crédito fiscal por las primas](#) que lo ayude a pagar el [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de idioma:

[Spanish (Español): para obtener asistencia en español, llame al 1-888-670-8135.

[Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-670-8135.

[Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-670-8135.

[Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-670-8135.

—————*Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente sección.*—————



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de estimación de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención médica real que usted reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [servicios excluidos](#) en este [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted debería pagar en distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual únicamente.

### Peg tendrá un bebé

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

■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,000
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	50 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	50 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
Parto/servicios profesionales para el parto  
Parto/servicios en centros para el parto  
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
Visitas al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$13,211</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debería pagar:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$94
Copagos	\$1094
Coseguro	\$82
<i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg debería pagar es</b>	<b>\$1,330</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,000
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	50 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	50 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos que requieren receta médica  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,389</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debería pagar:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles*	\$3,000
Copagos	\$851
Coseguro	\$0
<i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe debería pagar es</b>	<b>\$3,906</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,000
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	50 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	50 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,934</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debería pagar:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles*	\$708
Copagos	\$350
Coseguro	\$708
<i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia debería pagar es</b>	<b>\$1,766</b>

Nota: estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: [insert].

\*Nota: este plan tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Existen otros deducibles por servicios específicos?" en la fila anterior.