



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	Usted puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elige sin un <a href="#">remisión</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)	
Si visita la clínica o el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	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.
Si se realiza una prueba	<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 \$15/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$35/receta (pedido por correo) <b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$30/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$70/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 \$35/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$82.50/receta (pedido por correo) <b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$50/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$120/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 \$50/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$120/receta (pedido por correo) <b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$80/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$195/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

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)	
					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>	<p><b>RX1:</b> <a href="#">copago</a> de \$35 - \$50/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$82.50 - \$120/receta (pedido por correo)</p> <p><b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$50 - \$80/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$120 - \$195/receta (pedido por correo)</p> <p><b>RX3:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo)</p> <p><b>RX6:</b> sin cobertura</p>	Sin cobertura	Sin cobertura	<p>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.</p> <p><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>.</p> <p>Ciertos fármacos especializados en farmacia se consideran beneficios para la salud no esenciales y caen fuera de los límites de fuera de su bolsillo. El costo de estos medicamentos (aunque reembolsado por el fabricante sin costo para usted) no se aplicará para satisfacer sus máximos de desembolso.</p>
<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

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)	
Si necesita atención médica inmediata	<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
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Ninguna
Si necesita una estadía en el hospital	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
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farma codependencia	Servicios para pacientes en consulta externa	Sin cargo visita al consultorio <a href="#">Coseguro</a> del hospital o centro independiente del 50 %	<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.
Si está embarazada	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.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades	<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

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>médicas especiales</b>					\$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<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](#)).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía estética</li><li>• Atención dental (adultos)</li><li>• Atención dental (niños)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de EE. UU.</li><li>• Servicios de habilitación</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Programas para bajar de peso</li><li>• Atención de rutina de los pies</li></ul> |
|--|--|---|

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (en lugar de anestesia)</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Atención quiropráctica</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• audífonos (niño)</li><li>• Tratamiento para la infertilidad</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermera privada</li><li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li></ul> |
|--|---|--|

**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): Dinek'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)

- [Deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 50 %
- Otro [coseguro](#) 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*)

**Costo total del ejemplo \$13,211**

**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)

- [Deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 50 %
- Otro [coseguro](#) 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*)

**Costo total del ejemplo \$7,389**

**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)

- [Deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 50 %
- Otro [coseguro](#) 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*)

**Costo total del ejemplo \$1,934**

**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.