




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?                                       | Dentro de la red: \$5,000 por persona/\$10,000 por grupo familiar<br>Fuera de la red: \$5,000 por persona/\$10,000 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> 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 los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?    | Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : \$6,850 por persona/\$13,700 por grupo familiar y para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : \$13,700 por persona/\$27,400 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> ?       | 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> . Fuera de NJ, visite <a href="http://www.sarhpcdir.cigna.com/mcoap">www.sarhpcdir.cigna.com/mcoap</a> o llame al 1-888-670-8135. | 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 | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">referencia</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  |
|--|---|--|--|--|
|  |   | Proveedor de la red (Pagará menos)                   | 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 \$50/visita al consultorio | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | Ninguna  |
|  | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                  | <a href="#">Copago</a> de \$50/visita                | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | Ninguna  |
|  | <a href="#">Atención preventiva/exámenes de detección/</a> inmunizaciones | 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 20 %                    | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | Ninguna  |
|  | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)                          | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %                    | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 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   |
|--|------------------------------------|--|--|---|
|  |                                    | Proveedor de la red (Pagará menos)   | Proveedor fuera de la red (Pagará más) |   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>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)<br><b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$20/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$50/receta (pedido por correo)<br><b>RX3:</b> <a href="#">copago</a> de \$15/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$37.50/receta (pedido por correo)<br><b>RX6:</b> 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)<br><b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$40/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$100/receta (pedido por correo)<br><b>RX3:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo)<br><b>RX6:</b> 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.<br><br><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)<br><b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$70/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$175/receta (pedido por correo)<br><b>RX3:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo)<br><b>RX6:</b> 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.<br><br><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> . |

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar                                       | Lo que deberá pagar  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|--|--|---|
|   |   | Proveedor de la red (Pagará menos)   | Proveedor fuera de la red (Pagará más) |   |
|   | <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)<br><b>RX2:</b> <a href="#">copago</a> de \$40 - \$70/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$100 - \$175/receta (pedido por correo)<br><b>RX3:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo)<br><b>RX6:</b> 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> |
| <b>Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa</b> | Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 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. Únicamente fuera de la red: \$1,000 de <a href="#">cantidad permitida</a> máxima en centros quirúrgicos ambulatorios.   |
|   | Tarifas del médico/cirujano   | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | Ninguna   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                        | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                  | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %      | Ninguna   |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                     | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %      | Ninguna   |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                                | <a href="#">Copago</a> de \$50/visita  | <a href="#">Copago</a> de \$50/visita  | Ninguna   |
| <b>Si necesita una estadía en el hospital</b>                       | Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)       | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 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 20 %  | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | Ninguna   |

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar                        | Lo que deberá pagar   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|--|---|--|---|
|   |  | Proveedor de la red (Pagará menos)  | Proveedor fuera de la red (Pagará más) |   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farmacodependencia</b> | Servicios para pacientes en consulta externa         | <a href="#">Copago</a> de \$50/visita al consultorio<br><a href="#">Coseguro</a> del hospital o centro independiente del 20 % | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | Ninguna   |
|   | Servicios para pacientes internados                  | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 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 \$50 (visita inicial únicamente); luego, sin cargo  | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 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 20 %   | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | Ninguna   |
|   | Parto/servicios en centros para el parto             | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 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="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                          | 60 visitas/año<br>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 rehabilitación</a>          | <a href="#">Copago</a> de \$50/visita al consultorio<br><a href="#">Coseguro</a> del hospital o centro independiente del 20 % | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 60 visitas/año combinadas. 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                          | Ninguna   |
|   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %      | 60 visitas/incidente<br>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 20 %   | Sin cobertura                          | No se incluyen modificaciones de vehículos, hogares, equipos de ejercicios. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los  |

| Evento médico común                                      | Servicios que puede necesitar                      | Lo que deberá pagar                |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|------------------------------------|--|---|
|  |  | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) |   |
|  |  |                                    |  | 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 20 %  | 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 del costo del servicio. |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                      | Sin cargo                          | Sin cobertura                          | La cobertura tiene un límite de un examen/año.  |
|  | Anteojos para niños                                | <a href="#">Coseguro</a> del 50 %  | Sin cobertura                          | La cobertura tiene un límite de un par de anteojos/año.   |
|  | Chequeo dental para niños                          | 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>• Servicios de habilitación</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de rutina de los pies</li> <li>• Programas para bajar de peso</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>• Aparatos auditivos (niños)</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: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, al número 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). 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: el plan al 1-888-670-8135 o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Banca y Seguros de New Jersey al 1-800-446-7467 o en [www.state.nj.us/dobi/consumer.htm](http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm).



**¿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](#) \$5,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

**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 \$13,532**

**En este ejemplo, Peg debería pagar:**

| <i>Costo compartido</i>                  |                |
|--|----------------|
| Deducibles                               | \$5,000        |
| Copagos                                  | \$974          |
| Coseguro                                 | \$1,825        |
| <i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>  |                |
| Límites o exclusiones                    | \$60           |
| <b>El total que Peg debería pagar es</b> | <b>\$7,859</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](#) \$5,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

**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*                              | \$5,000        |
| Copagos                                  | \$1,011        |
| Coseguro                                 | \$346          |
| <i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>  |                |
| Límites o exclusiones                    | \$55           |
| <b>El total que Joe debería pagar es</b> | <b>\$6,412</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- [Deducible general del plan](#) \$5,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

**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*                              | \$1,133        |
| Copagos                                  | \$350          |
| Coseguro                                 | \$283          |
| <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> |