



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: Se proporcionará por separado información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)). Esta información es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de todos los términos de la cobertura, llame al [1-833-422-4690]. Para definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación de balance](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al [1-866-500-4571] para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | Por qué es importante:  |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?  | Para el nivel 1: <b>\$2,400</b> para individuos/ <b>\$4,800</b> para familias; para el nivel 2: <b>\$6,900</b> para individuos/ <b>\$13,800</b> para familias  | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada uno de los familiares debe cumplir su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que los gastos totales por <a href="#">deducible</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> total para familias.  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su <a href="#">deducible</a> ?                | Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , los servicios de atención primaria y de <a href="#">especialistas</a> están cubiertos antes de que usted satisfaga su <a href="#">deducible</a> .                           | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha satisfecho el <a href="#">deducible</a> , pero podría aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin costo compartido y antes de que cumpla 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> por servicios específicos?                                    | Sí. <b>\$600</b> para individuos/ <b>\$1,200</b> para familias para cobertura de medicamentos recetados. No hay ningún otro <a href="#">deducible</a> específico.  | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar dichos servicios.   |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> en este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores</a> participantes <b>\$9,200</b> para individuos/ <b>\$18,400</b> para familias.  | El <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límites de gastos que pagan de sus bolsillos</a> hasta satisfacer el <a href="#">límite de gastos que se pagan del bolsillo</a> total para familias.  |
| ¿Qué se excluye del <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> ?                      | <a href="#">Primas</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.   | Incluso aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> .  |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                                       | Sí. Consulte <a href="http://www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families">http://www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families</a> o llame al 833-422-4690 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan ( <a href="#">facturación del balance</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para acudir a un <a href="#">especialista</a> ?            | No.  | Puede acudir al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .   |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que aparecen en esta tabla implican que se ha satisfecho su [deducible](#) en el caso de que aplique un [deducible](#).

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar  | Lo que usted pagará   |  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|---|--|--|--|
|   |  | Nivel 1 dentro de la red - Mejorado (Pagará lo mínimo)  | Nivel 2 dentro de la red - Estándar  | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |  |
| Si acude al consultorio o a la clínica del <a href="#">proveedor</a> de atención médica | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad  | \$45/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | \$90/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .  | Sin cobertura.                               | El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <a href="#">proveedores</a> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.   |
|   | Visita a <a href="#">especialistas</a>   | \$90/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | \$130/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | Sin cobertura.                               | El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <a href="#">proveedores</a> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.   |
|   | <a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</a>   | Sin cargo.  | Sin cargo.   | Sin cobertura.                               | Pueden aplicarse cronogramas de frecuencia y por edad. Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que pagará su <a href="#">plan</a> . |
| Si se realiza una prueba  | <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)   | \$100/visita para radiografía, \$50/visita para análisis de laboratorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | \$300/visita para radiografía, \$100/visita para análisis de laboratorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | ————ninguno————  |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (RM)) | \$300/estudio de imágenes. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | \$450/estudio de imágenes. No aplica el <a href="#">deducible</a> .  | Sin cobertura.                               | Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.   |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o                                    | Medicamentos genéricos   | Pedido por correo/farmacias minoristas (suministro para 1-30)   | Pedido por correo/farmacias minoristas (suministro para 1-30)  | Sin cobertura.                               | Autorización previa, edad y límites de cantidad para algunos medicamentos; límites en el suministro de días en los pedidos por correo y farmacias minoristas. Consulte más   |

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <http://www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families>.

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar                                 | Lo que usted pagará  |  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|--|--|--|--|
|   |   | Nivel 1 dentro de la red - Mejorado (Pagará lo mínimo)   | Nivel 2 dentro de la red - Estándar  | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |  |
| <b>afección</b><br>Más información sobre la <b>cobertura de medicamentos recetados</b> disponible en <a href="http://www.Jeffersonhealthplans.com">[www.Jeffersonhealthplans.com]</a> | Medicamentos de marca preferidos                              | días) \$20/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .<br>Sujetos al <a href="#">deducible</a> por receta médica y <a href="#">coseguro</a> del 50%. | días) \$20/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .<br>Sujetos al <a href="#">deducible</a> por receta médica y <a href="#">coseguro</a> del 50%. | Sin cobertura.                               | detalles en su póliza. Los genéricos de bajo costo estarán disponibles a un costo reducido.  |
|   | Medicamentos de marca no preferidos                           | Sujetos al <a href="#">deducible</a> por receta médica y <a href="#">coseguro</a> del 50%.   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> por receta médica y <a href="#">coseguro</a> del 50%.   | Sin cobertura.                               |  |
|   | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> por receta médica y <a href="#">coseguro</a> del 50%.   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> por receta médica y <a href="#">coseguro</a> del 50%.   | Sin cobertura.                               |  |
|   |   |  |  |  |  |
| <b>Si se realiza una cirugía para pacientes externos</b>  | Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio) | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$400/visita.   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$750/visita.   | Sin cobertura.                               | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.   |
|   | Honorarios de médicos y cirujanos                             | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 30%.   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 40%.   | Sin cobertura.                               | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | <a href="#">Atención médica en Sala de Emergencias</a>        | \$950/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | \$950/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | Con cobertura dentro de la red.              | ————ninguno————  |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>               | \$200/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | \$200/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | Con cobertura dentro de la red.              | ————ninguno————  |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                          | \$90/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .  | \$130/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | Sin cobertura.                               | Sus costos por recibir <a href="#">atención de urgencia</a> se basan en la atención recibida en un centro o instalación de <a href="#">atención de urgencia</a> designado. |
| <b>Si lo hospitalizan</b>   | Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)       | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$850/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.  | Sin cobertura.                               | Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.   |
|   | Honorarios de médicos y cirujanos                             | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 30%.   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 40%.   | Sin cobertura.                               |  |

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <http://www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families>.

| Evento médico común   | Servicios que puede necesitar                          | Lo que usted pagará   |   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|--|---|---|--|---|
|   |  | Nivel 1 dentro de la red - Mejorada (Pagará lo mínimo)  | Nivel 2 dentro de la red - Estándar   | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias</b>  | Servicios para pacientes ambulatorios                  | \$90/visita al consultorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> .  | \$90/visita al consultorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> .  | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____   |
|   | Servicios para pacientes hospitalizados                | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                     | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                     | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____   |
| <b>Si está embarazada</b>   | Visitas al consultorio                                 | \$45/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | \$90/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .   | Sin cobertura.                               | Dependiendo del tipo de servicio, podría aplicar un <a href="#">copago</a> . La atención médica para la maternidad puede incluir las pruebas y los servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías).                             |
|   | Servicios profesionales para trabajo de parto/parto    | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 30%.  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 40%.  | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____   |
|   | Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                     | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$850/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                     | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____   |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>            | Sujeta al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.   | Sujeta al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.   | Sin cobertura.                               | Limitada a 60 visitas por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.   |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>            | \$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | \$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | La terapia de rehabilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de rehabilitación y la terapia ocupacional de rehabilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios. |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>              | \$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | \$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | La terapia de habilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de habilitación y la terapia ocupacional de habilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios.       |

| Evento médico común  | Servicios que puede necesitar                        | Lo que usted pagará  |  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  | Nivel 1 dentro de la red - Mejorado (Pagará lo mínimo)   | Nivel 2 dentro de la red - Estándar  | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> / hospitalización. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | \$850/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> / hospitalización. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | Limitada a 120 días por período de beneficios. Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio. |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | Sujeto al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                    | Sujeto al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                    | Sin cobertura.                               | Algunos artículos pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.                      |
|  | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                   | Sin cobertura.                               | ————ninguno————   |
| <b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b> | Examen de los ojos en niños                          | Sin cargo.   | Sin cargo.   | Sin cobertura.                               | Una (1) visita de refracción por periodo de beneficios.   |
|  | Anteojos para niños                                  | Sin cargo.   | Sin cargo.   | Sin cobertura.                               | 3 pares de anteojos (lentes/montura) o lentes de contacto por año calendario.                                   |
|  | Revisión dental para niños                           | Sin cobertura.   | Sin cobertura.   | Sin cobertura.                               | Sin cobertura.  |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Servicios que su <a href="#">plan</a> normalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de cualquier otro <a href="#">servicio excluido</a>).</b> |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Revisión dental para niños</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención odontológica (adultos)</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de enfermería privada</li> <li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>• Atención de rutina de los pies</li> <li>• Programas para la pérdida de peso</li> </ul> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Otros servicios cubiertos (podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a>).</b> |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad (solo cubierto en caso de inseminación artificial)</li> </ul> |

**Sus derechos de continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si quiere continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Seguro de Pensilvania. Podría también disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro de salud individual a través del [Health Insurance Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#). Para obtener más información sobre el [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#), visite [Pennie.gov](#) o llame al [1-844-844-8040].

**Sus derechos de reclamo y apelación:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de

su [plan](#) también ofrecen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir ayuda, comuníquese con el plan al [1-833-422-4690].

### ¿Ofrece este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye los [planes](#), el [seguro de salud](#) disponible a través del [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#) u otras políticas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y determinada otra cobertura. Si reúne los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no reúna los requisitos para el [crédito fiscal para primas](#).

### ¿Cumple esta cobertura con las normas de valor mínimo? No corresponde

Si su [plan](#) no satisface las [normas de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Marketplace \(Mercados de Seguros de Salud\)](#).

### Servicios de acceso en otros idiomas:

[Español: Para obtener asistencia en español, llame al [1-833-422-4690].]

[Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [1-833-422-4690].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [1-833-422-4690].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' [1-833-422-4690].]

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

**Declaración de la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos (PRA, por sus siglas en inglés):** En conformidad con la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es de **0.08** horas por respuesta, como promedio, incluido el tiempo dedicado a revisar las instrucciones, la búsqueda de recursos de datos existentes, la recopilación de la información necesaria y el proceso de completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto a la exactitud del cálculo de tiempo 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 calculadora de costos.** Los tratamientos mostrados son simplemente ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura para uno mismo.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$90
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$550
- Otro [coseguro](#) 30%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas a consultorio del [especialista](#) (*atención médica prenatal*)

Servicios profesionales para trabajo de parto/parto

Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| <i>Costo compartido</i>                     |                |
|---|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$2,500        |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$1,840        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$718          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |                |
| Límites o exclusiones                       | \$60           |
| <b>La cantidad total que Peg pagaría es</b> | <b>\$5,118</b> |

**Tratamiento de la diabetes de tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$90
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$550
- Otro [copago](#) \$50

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$7,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| <i>Costo compartido</i>                     |                |
|---|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$1,464        |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$1,705        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$2,655        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |                |
| Límites o exclusiones                       | \$55           |
| <b>La cantidad total que Joe pagaría es</b> | <b>\$5,879</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$90
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$950
- Otro [copago](#) \$100

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluidos suministros médicos*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| <i>Costo compartido</i>                     |                |
|---|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$434          |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$1,435        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$197          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |                |
| Límites o exclusiones                       | \$0            |
| <b>La cantidad total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,066</b> |

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