



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>\$0</b> para individuos/ <b>\$0</b> para familias; para el nivel 2: <b>\$500</b> para individuos/ <b>\$1,000</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?	No.	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">www.Jeffersonhealthplans.com/individuals-families</a> o llame al 1-833-422-4690 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	\$25/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$75/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>	\$75/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$100/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)	\$80/visita para radiografía, \$5/visita para análisis de laboratorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$120/visita para radiografía, \$65/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))	\$120/estudio de imágenes. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$150/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 [www.Jeffersonhealthplans.com/individuals-families](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> Más información sobre la <b>cobertura de medicamentos recetados</b> disponible en <a href="http://www.Jeffersonhealthplans.com">[www.Jeffersonhealthplans.com]</a>		días) \$20/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	días) \$20/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .		detalles en su póliza. Los genéricos de bajo costo estarán disponibles a un costo reducido.
	Medicamentos de marca preferidos	\$100/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$100/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	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.	
	<a href="#">Medicamentos especializados</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.	
<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 \$200/visita.	Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$300/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 10%.	Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 25%.	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>	\$450/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$450/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	Con cobertura dentro de la red.	————ninguno————
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$150/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$150/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	Con cobertura dentro de la red.	————ninguno————
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$75/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$100/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 \$350/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.	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 10%.	Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 25%.	Sin cobertura.	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$75/visita al consultorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$75/visita al consultorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	Sin cobertura.	————ninguno————

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.Jeffersonhealthplans.com/individuals-families](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>comportamiento o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes hospitalizados	Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.	Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.	Sin cobertura.	————ninguno————
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$25/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$75/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 10%.	Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 25%.	Sin cobertura.	————ninguno————
	Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto	Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$350/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 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>	\$75/visita de terapia física y ocupacional, \$75/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>	\$75/visita de terapia física y ocupacional, \$75/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>	\$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> / hospitalización. No aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$550/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="#">Servicio 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:

Servicios que su [plan](#) normalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Otros servicios cubiertos (podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).**

- |                                                                            |                                                            |                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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, kwijigo 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](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$75
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$350
- Otro [coseguro](#) 10%

**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>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$3,170
<a href="#">Coseguro</a>	\$239
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>La cantidad total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,469</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](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$75
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$350
- Otro [copago](#) \$25

**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>\$5,700</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$4,245
<a href="#">Coseguro</a>	\$864
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>La cantidad total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,164</b>

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$75
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$150
- Otro [copago](#) \$80

**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>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$785
<a href="#">Coseguro</a>	\$470
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>La cantidad total que Mia pagaría es</b>	<b>\$955</b>

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