



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) será proporcionado por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                              | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                         | Individual \$1,500/familiar \$3,000                                                                                                                                                     | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual, hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.                                                                                                                                |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?     | Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios se indican en la tabla a partir de la página 2.                                                                                       | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aun cuando usted no haya alcanzado el monto <u>deducible</u> . Sin embargo un <u>copago</u> o un <u>coaseguro</u> podría aplicar. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .                                                        |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos?                             | No.                                                                                                                                                                                     | Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?               | \$6,250 individual/\$12,500 familiar                                                                                                                                                    | El <u>límite de desembolso</u> es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos deben alcanzar sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta que el <u>límite total de desembolso</u> familiar se haya alcanzado.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el <u>límite de desembolso</u> ? | <u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , servicios de atención a la salud que este <u>plan</u> no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2. | A pesar de que usted paga por estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de desembolso</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                          | Sí. Visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los <u>proveedores</u> de la red.                                  | Este <u>plan</u> utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y, posiblemente, reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldos</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> de la red podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de obtener algún servicio. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un <u>especialista</u> ?                  | Sí, pero usted puede dirigirse a ciertos <u>especialistas</u> .                                                                                                                         | Este <u>plan</u> pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un <u>especialista</u> siempre y cuando usted tenga una <u>referencia</u> antes de visitar al <u>especialista</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro aplican luego de alcanzar su [deducible](#), en caso de que aplique el mismo.

| Eventos médicos comunes                                                                                                                                                                                                                        | Servicios que puede necesitar                                                                                                       | Lo que usted pagará                                                                                          |                                                                 | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                     | Proveedor de la red<br>(Pagará el monto mínimo)                                                              | Proveedor que no pertenece a la red<br>(Pagará el monto máximo) |                                                                                                                                                                                      |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención a la salud</b>                                                                                                                                            | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad                                                                 | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .                                                                | No se ofrece cobertura                                          | Ninguna                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                                                                            | \$25 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .                                                          | No se ofrece cobertura                                          | Ninguna                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Atención preventiva/exámenes de detección</a> /vacunación                                                               | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .                                                                | No se ofrece cobertura                                          | Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su <u>plan</u> . |
| <b>Si se somete a una prueba</b>                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografías y análisis de sangre)                                                          | 20 % de coaseguro                                                                                            | No se ofrece cobertura                                          | Ninguna                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM]) | 20 % de coaseguro                                                                                            | No se ofrece cobertura                                          | Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                              |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Puede encontrar información adicional sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos de receta</a> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> . | Medicamentos en base al valor                                                                                                       | \$4 (al detal)                                                                                               | No se ofrece cobertura                                          | Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Los anticonceptivos son sin cargo. Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos genéricos preferidos                                                                                                   | \$8 (al detal); \$3 (pedido por correo)/ <u>medicamento de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .   |                                                                 |                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca preferidos                                                                                                    | \$25 (al detal); \$20 (pedido por correo)/ <u>medicamento de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> . | No se ofrece cobertura                                          | Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos no preferidos                                                                                                          | No se ofrece cobertura                                                                                       | No se ofrece cobertura                                          | Hasta un suministro de 90 días (al detal/pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> .                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                                                                                         | Se aplican <u>costos compartidos</u> a medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca              | No se ofrece cobertura                                          | Hasta un suministro de 30 días (al detal). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.                                           |

| Eventos médicos comunes                                                                 | Servicios que puede necesitar                                      | Lo que usted pagará                                             |                                                               | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                                    | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)                    | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo)  |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         |                                                                    | preferidos o medicamentos no preferidos.                        |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>                                                 | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$50 por visita, 20 % de coaseguro                              | No se ofrece cobertura                                        | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                                        | 20 % de coaseguro                                               | No se ofrece cobertura                                        | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                 | \$200 por visita, luego 20 % de coaseguro                       | \$200 por visita, luego 20 % de coaseguro                     | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si es admitido a un proveedor que <u>no pertenece a la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente. Se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente hospitalizado.  |
|                                                                                         | <a href="#">Traslado por emergencia médica</a>                     | 20 % de <u>coaseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .   | 20 % de <u>coaseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> . | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                               | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .                   | \$200 por visita, luego 20 % de coaseguro                     | Se cubre a los <u>proveedores que no pertenecen a la red</u> cuando esté temporalmente fuera del área de servicio.                                                                                                                               |
| <b>Si es hospitalizado</b>                                                              | Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)        | \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | No se ofrece cobertura                                        | Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                                        | 20 % de coaseguro                                               | No se ofrece cobertura                                        | Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                              | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .                   | No se ofrece cobertura                                        | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                            | \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | No se ofrece cobertura                                        | Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                             | 20 % de <u>coaseguro</u>                                        | No se ofrece cobertura                                        | <a href="#">El costo compartido</a> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido).                                   |
|                                                                                         | Servicios profesionales de parto/nacimiento                        | 20 % de coaseguro                                               | No se ofrece cobertura                                        | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |

| Eventos médicos comunes                                                                | Servicios que puede necesitar                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                      |                                                              | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                        |                                                              | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)                                                                                                                             | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                        | Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento          | \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro                                                                                                          | No se ofrece cobertura                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <a href="#">Atención a la salud en el hogar</a>              | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .                                                                                                                            | No se ofrece cobertura                                       | Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                        | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                  | Pacientes ambulatorios: \$25 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .<br>Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | No se ofrece cobertura                                       | En conjunto con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.      |
|                                                                                        | <a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a> | Pacientes ambulatorios: \$25 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .<br>Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro | No se ofrece cobertura                                       | En conjunto con los servicios de rehabilitación: Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.                       |
|                                                                                        | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>         | 20 % de coaseguro                                                                                                                                                        | No se ofrece cobertura                                       | Límite de 60 días por año. Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                                                               |
|                                                                                        | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                       | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .                                                                                                                            | No se ofrece cobertura                                       | Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                                              |
|                                                                                        | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                        | Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .                                                                                                                            | No se ofrece cobertura                                       | Requiere una <u>autorización previa</u>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos</b>                    | Examen de la vista para niños                                | No se ofrece cobertura                                                                                                                                                   | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                        | Anteojos para niños                                          | No se ofrece cobertura                                                                                                                                                   | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                        | Consulta odontológica de rutina para niños                   | No se ofrece cobertura                                                                                                                                                   | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                          |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Anteojos para niños
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios oftalmológicos de rutina (adultos)

- |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Servicios odontológicos (adultos y niños)</li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Enfermera privada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podología de rutina</li> <li>• Programas para perder peso</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Revise su documento del [plan](#).**

- |                                                                                               |                                                                        |                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura (límite de 20 visitas por año)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica (20 visitas por año)</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Su derecho a una cobertura continua:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, lo que incluye la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de [seguro de salud](#). Para 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 o una apelación:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por el rechazo de un reclamo. Esta queja se llama reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o reclamación a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

**Información de contacto para cuestiones relacionadas con sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:**

|                                                                                              |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kaiser Permanente Member Services                                                            | 1-888-901-4636 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>                                   |
| Department of Labor's Employee Benefits Security Administration                              | 1-866-444-EBSA (3272) o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight | 1-877-267-2323 x61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>                         |
| Washington Department of Insurance                                                           | 1-800-562-6900 o <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>                          |

**¿Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Sí**

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por primas](#).

**¿Este plan satisface el Estándar de Valor Mínimo? Sí**

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del mercado.

**Servicios en otros idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoa (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

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



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) (deducibles, copagos y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pagaría según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

### Peg está embarazada

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

|                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>       | \$1,500    |
| ■ <a href="#">Copago para consultas con un especialista</a>           | \$25       |
| ■ <a href="#">Costo compartido</a> del hospital (instalaciones)       | \$100+20 % |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> para otros servicios (análisis de sangre) | 20 %       |

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:**

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/nacimiento  
 Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>  |         |
|----------------------------|---------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$1,500 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$100   |
| <a href="#">Coaseguro</a>  | \$2,000 |

| <i>Lo que no está cubierto</i> |      |
|--------------------------------|------|
| Límites o exclusiones          | \$20 |

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,620</b> |
|------------------------------------|----------------|

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>       | \$1,500    |
| ■ <a href="#">Copago para consultas con un especialista</a>           | \$25       |
| ■ <a href="#">Costo compartido</a> del hospital (instalaciones)       | \$100+20 % |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> para otros servicios (análisis de sangre) | 20 %       |

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:**

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

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>  |       |
|----------------------------|-------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$40  |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$600 |
| <a href="#">Coaseguro</a>  | \$0   |

| <i>Lo que no está cubierto</i> |     |
|--------------------------------|-----|
| Límites o exclusiones          | \$0 |

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$640</b> |
|------------------------------------|--------------|

### Fractura simple de Mia

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

|                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------|------------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$1,500    |
| ■ <a href="#">Copago para consultas con un especialista</a>     | \$25       |
| ■ <a href="#">Costo compartido</a> del hospital (instalaciones) | \$100+20 % |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> para otros servicios (radiografías) | 20 %       |

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:**

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

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

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>  |       |
|----------------------------|-------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$900 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$100 |
| <a href="#">Coaseguro</a>  | \$200 |

| <i>Lo que no está cubierto</i> |     |
|--------------------------------|-----|
| Límites o exclusiones          | \$0 |

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,200</b> |
|------------------------------------|----------------|

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