



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 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:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominada [prima](#)) se le brindará por separado. Este documento es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura u obtener una copia de sus términos completos, llame al 1- 855- 315- 5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org/health-insurance-marketplace/know-the-details-2022/>. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados. Puede acceder al Glosario desde [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes   | Respuestas  | Por qué Esto es Importante:  |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?  | \$2,300/ Individual   \$4,600 /familiar   | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir su propio <a href="#">deducible</a> hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?          | Sí. <a href="#">Servicios preventivos</a> , atención primaria, <a href="#">especialista</a> , <a href="#">atención de urgencia</a> y medicamentos genéricos.  | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted alcance 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> .  |
| ¿Existe algún otro <a href="#">deducible</a> para servicios específicos?                    | No.   | Usted no tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.   |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?           | \$2,300/ individual / \$4,600 familiar  | El <a href="#">límite de desembolso</a> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de desembolso</a> total familiar.  |
| ¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?                          | Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que no está cubierta por este <a href="#">plan</a> .  | Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el <a href="#">límite de desembolso</a> .   |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> ?                  | Sí. Visite <a href="https://providersearch.communityhealthchoice.org">https://providersearch.communityhealthchoice.org</a> o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de <a href="#">proveedores</a> de la red. | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenezca a la <a href="#">red del plan</a> . Pagará más si usa un <a href="#">proveedor</a> no perteneciente a la <a href="#">red</a> , y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el monto cobrado por el <a href="#">proveedor</a> y el monto que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga presente que es posible que el <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> que elija use un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte estas cuestiones con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ? | No.   | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .  |

⚠ Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

| Evento Médico Común   | Servicios que Puede Necesitar  | Cuánto Pagará  |   | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante   |
|---|--|--|---|---|
|   |  | Proveedor Participante (Usted paga el mínimo posible)  | Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto) |   |
| Si visita el consultorio o la clínica del <a href="#">proveedor</a>   | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad        | \$10 de copago por visita<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | Ninguno   |
|   | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                   | \$15 de copago por visita<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a> .   | Sin cobertura   | Ninguno   |
|   | <a href="#">Atención preventiva/chequeo/</a><br>vacunas                    | Sin cargo<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, controle el monto que pagará el <a href="#">plan</a> .   |
| Si le realizan una prueba   | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a><br>(radiografía, análisis de sangre) | Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | Ninguno   |
|   | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)  | Sin cargos después del <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios. *Consulte la Cláusula 3(g)   |
| Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección<br>Para más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> visite <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/for">https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/for</a> | Medicamentos Genéricos   | \$5 de copago por receta (al por menor)<br>\$12.5 de copago por receta (pedidos por correo) No aplica el <a href="#">deducible</a> | Sin cobertura   | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el <a href="#">formulario</a> para los niveles de costo compartido. El nivel 1 incluye genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo. *Consulte la Cláusula 3(n). |
|   | Medicamentos de marca  | Sin cargos después del   | Sin cobertura   |   |

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

| Evento Médico Común   | Servicios que Puede Necesitar                                     | Cuánto Pagará   |   | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante   |
|---|---|---|---|---|
|   |   | Proveedor Participante (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto) |   |
| <a href="#">mulary-2022.pdf</a>                               | preferidos  | <u>deducible</u>                                      |   | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Es posible que necesite una <u>autorización previa</u> para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el <u>formulario</u> . No obtener una <u>autorización previa</u> para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento preferido y el genérico. El nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos. |
|   | Medicamentos de marca no preferidos                               | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El nivel 3 incluye productos del <u>formulario</u> no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos).   |
|   | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                       | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor) El nivel 4 incluye <u>medicamentos especializados</u> .  |
| <b>Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria</b> | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.   |
|   | Honorarios del médico/cirujano                                    | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Ninguno   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                  | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>                   | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cargos después del <u>deducible</u>                 | Ninguno   |
|   | <a href="#">Traslado médico de emergencia</a>                     | Sin cargos después del                                | Sin cargos después del                                  | Requieren <u>autorización previa</u> los servicios como   |

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

| Evento Médico Común  | Servicios que Puede Necesitar                               | Cuánto Pagará   |   | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante   |
|--|---|---|---|---|
|  |   | Proveedor Participante (Usted paga el mínimo posible)   | Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto) |   |
|  |   | <u>deducible</u>  | <u>deducible</u>  | transporte aéreo, transporte terrestre que no sea de emergencia, transferencias de instalación a instalación, transferencias <u>fuera de la red</u> y del área.   |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                        | \$15 de copago por visita<br>No se aplica el <u>deducible</u> .   | Sin cobertura   | Ninguno   |
| <b>Si debe permanecer internado</b>  | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)  | Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.   |
|  | Honorarios del médico/cirujano                              | Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura   | Ninguno   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                       | \$10 por visita al consultorio<br>El <u>deducible</u> no aplica y Sin cargo después del <u>deducible</u> para otros servicios destinados a pacientes ambulatorios | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. |
|  | Servicios para pacientes internados                         | Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                                      | Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura   | Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> según el tipo de servicio. *Consulte la cláusula 3(l)                            |
|  | Servicios del profesional durante la atención del parto     | Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura   | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías)<br>Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u>      |
|  | Servicios del establecimiento durante la atención del parto | Sin cargos después del <u>deducible</u>   | Sin cobertura   |   |

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

| Evento Médico Común  | Servicios que Puede Necesitar                        | Cuánto Pagará   |   | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante   |
|--|--|---|---|---|
|  |  | Proveedor Participante (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor No Participante (Usted pagará el mayor monto) |   |
|  |  |   |   | puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio.  |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>          | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.   |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>            | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(e). |
|  | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la cláusula 3(j)  |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                               | Examen oftalmológico para niños                      | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Un examen ocular de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w)  |
|  | Anteojos para niños                                  | Sin cargos después del <u>deducible</u>               | Sin cobertura   | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños de 18 años o menos. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(w)   |
|  | Chequeo odontológico para niños                      | Sin cobertura   | Sin cobertura   | Ninguno   |

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/eoc-deductible-2022.pdf>

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

**Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para obtener más información y una lista de los [servicios excluidos](#)).**

- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| • Aborto con excepción de servicios limitados<br>*Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su <a href="#">plan</a> | • Cirugía estética               | • Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos |
| • Acupuntura  | • Cuidado dental (adultos)       | • Atención de rutina de la vista (adultos)                                       |
| • Cirugía bariátrica  | • Tratamiento de la infertilidad | • Programas para bajar de peso   |
| • Chequeo odontológico para niños   | • Atención a largo plazo         |  |

**Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su [plan](#)).**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| • Cuidado quiropráctico (35 visitas por año) | • Enfermería privada (enfermería privada para pacientes hospitalizados) | • Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes) |
| • Audífonos (cada oído, cada tres años)      |   |  |

**Sus Derechos para Extender la Cobertura:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación se incluye la información de contacto de estos organismos: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 al 1- 800- 578- 4677, o el emisor al 1- 855- 315- 5386. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318- 2596.

**Sus Derechos de Presentación de Quejas y Apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estos reclamos se denominan [quejas](#) o [apelaciones](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá en relación con la [reclamación](#) médica en cuestión. En los documentos de su [plan](#) también encontrará información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) ante su [plan](#) por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

### ¿Este plan le brinda Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima de seguro médico](#).

### ¿Este plan cumple con las Normas de Valores Mínimos? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valores Mínimos](#), es posible que pueda acceder a un [crédito tributario de prima de seguro médico](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

## Servicios de Accesibilidad Lingüística:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-315-5386

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-315-5386

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, ☎☎打☎个号☎ 1-855-315-5386

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-315-5386

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

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y exenciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza <https://www.communityhealthchoice.org/wa->



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden solo al titular.

### Peg está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$2,300 |
| ■ <a href="#">Copago por especialista</a>                     | \$15    |
| ■ <a href="#">Coseguro por hospital</a> (instalaciones)       | 0%      |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios del profesional durante la atención del parto  
 Servicios del establecimiento durante la atención del parto  
[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
 Visita de [especialista](#) (anestesia)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b> | <b>\$12,700</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <i>Costos Compartidos</i>      |                |
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$2,300        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$0            |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>    |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Peg pagaría un total de</b> | <b>\$2,300</b> |

### Control de diabetes tipo 2 de Joe

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

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$2,300 |
| ■ <a href="#">Copago por especialista</a>                     | \$15    |
| ■ <a href="#">Coseguro por hospital</a> (instalaciones)       | 0%      |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre enfermedades)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <i>Costos Compartidos</i>      |                |
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$2200         |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$100          |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>    |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Joe pagaría un total de</b> | <b>\$2,300</b> |

### Mia sufrió una fractura simple

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

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$2,300 |
| ■ <a href="#">Copago por especialista</a>                     | \$15    |
| ■ <a href="#">Coseguro por hospital</a> (instalaciones)       | 0%      |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

[Atención en sala de emergencias](#) (incluidos los insumos médicos)  
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b> | <b>\$2,800</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <i>Costos Compartidos</i>      |                |
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$2,300        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$50           |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>    |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Mia pagaría un total de</b> | <b>\$2,300</b> |

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