



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?  | \$0 con un <a href="#">proveedor</a> de atención médica para indígenas (IHCP) o mediante una <a href="#">referencia</a> de IHCP de un proveedor no IHCP; o \$7,700/individual   \$15,400/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="#">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> ?           | \$8,700/individual / \$17,400/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 de la red</a> . | 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 red del <a href="#">plan</a> . Pagará más si usa un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> , y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el monto cobrado por el proveedor 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 de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Perteneciente a la Red no IHCP (Usted pagará más)   | Proveedor no Perteneciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) |   |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica del <a href="#">proveedor</a></b>   | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad     | Sin cargo   | \$40 de copago por visita No se aplica el <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | Ninguno   |
|  | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                | Sin cargo   | \$70 de copago por visita después del <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | Ninguno   |
|  | <a href="#">Atención preventiva/chequeo/</a> vacunas                    | Sin cargo   | Sin cargo 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> .                           |
| <b>Si le realizan una prueba</b>   | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo   | \$40 de copago por visita después del <a href="#">deducible</a>   | Sin cobertura   | Ninguno   |
|  | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)                                     | Sin cargo   | 40% de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> por prueba  | 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)   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección</b><br>Para más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> visite <a href="https://www.communityhealth">https://www.communityhealth</a> | Medicamentos Genéricos  | Sin cargo   | \$16 de copago por receta (al por menor)<br>\$40 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. |

\* 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 de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más)   | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) |   |
| <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/formulary-2022.pdf">hchoice.org/wp-content/uploads/2021/05/formulary-2022.pdf</a> |   |   |  |  | *Consulte la Cláusula 3(n).   |
|   | Medicamentos de marca preferidos                      | Sin cargo   | \$70 de copago por receta después del <u>deducible</u> por receta (al por menor)<br>\$175 de copago después del <u>deducible</u> por receta (pedidos por correo).  | Sin cobertura  | 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 cargo   | \$120 de copago por receta después del <u>deducible</u> por receta (al por menor)<br>\$300 de copago después del <u>deducible</u> por receta (pedidos por correo). | 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 cargo   | 45% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por receta (al por menor)  | 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</b>   | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía) | Sin cargo   | 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | Sin cobertura  | Requiere <u>autorización previa</u> para  |

\* 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 de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más)  | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) |   |
| <b>ambulatoria</b>   | ambulatoria)   |   |   |  | determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.  |
|  | Honorarios del médico/cirujano                             | Sin cargo   | 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> /   | Sin cobertura  | Ninguno   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>            | Sin cargo   | 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>   | 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>                      | Ninguno   |
|  | <a href="#">Traslado médico de emergencia</a>              | Sin cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por transporte  | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por transporte               | Requieren <u>autorización previa</u> los servicios como 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>                       | Sin cargo   | \$70 de copago por visita 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 cargo   | 40% de <u>coseguro</u> 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 cargo   | \$0 de copago después del <u>deducible</u> por visita   | Sin cobertura  | Ninguno   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                      | Sin cargo   | \$40 por visita al consultorio<br>El <u>deducible</u> no aplica y 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> para otros servicios para pacientes | 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>  |

\* 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 de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más) | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) |   |
|   |   |   | ambulatorios   |  | según el tipo de servicio.  |
|   | Servicios para pacientes internados                         | Sin cargo   | 40% de <u>coseguro</u> 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.   |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio                                      | Sin cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por incidente  | 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(I)                            |
|   | Servicios del profesional durante la atención del parto     | Sin cargo   | \$0 de copago 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)  |
|   | Servicios del establecimiento durante la atención del parto | Sin cargo   | 40% de <u>coseguro</u> 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. Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>                 | Sin cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por visita     | 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 cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por visita     | 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 cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por visita     | Sin cobertura  | Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.   |

\* 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 de Atención Médica para Indígenas (IHCP) (Usted paga el mínimo posible) | Proveedor Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará más)   | Proveedor no Pertenciente a la Red no IHCP (Usted pagará el mayor monto) |   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | Sin cargo   | 40% de <u>coseguro</u> 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 cargo   | 30% de <u>coseguro</u> 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 cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por día<br>40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> como paciente internado | 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 cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por visita   | Sin cobertura  | Un examen ocular de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w)  |
|  | Anteojos para niños                                  | Sin cargo   | \$70 de copago después del <u>deducible</u> por par  | 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 cargo   | Sin cobertura  | Sin cobertura  | Ninguno   |

### Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

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

**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, 请拨打个号 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 sección.*

\* 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>

## Información sobre estos Ejemplos de Cobertura:



**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> | \$7,700 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$70    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalaciones)       | 40%     |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 40%     |

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:

| Costos Compartidos             |            |
|--------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0        |
| Qué no está cubierto           |            |
| Límites o exclusiones          | \$0        |
| <b>Peg pagaría un total de</b> | <b>\$0</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> | \$7,700 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$70    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalaciones)       | 40%     |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 40%     |

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:

| Costos Compartidos             |            |
|--------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0        |
| Qué no está cubierto           |            |
| Límites o exclusiones          | \$0        |
| <b>Joe pagaría un total de</b> | <b>\$0</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> | \$7,700 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$70    |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalaciones)       | 40%     |
| ■ Otros <a href="#">costos compartidos</a>                    | 40%     |

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:

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

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o mediante una [referencia](#) de IHCP de un proveedor no IHCP. Si usted recibe atención de un [proveedor](#) no IHCP sin una [referencia](#) de un proveedor IHCP, sus costos pueden ser mayores.

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