



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (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 entregará por separado. Este documento es solo un resumen.** Si desea 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-2024/>. 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 en el <a href="#">Proveedor</a> de Atención Médica para Indígenas (IHCP) o con una <a href="#">referencia</a> de IHCP en un Proveedor No IHCP; o \$3,300/persona   \$6,600/familia	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 toda 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> . Sin embargo, 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> ?	\$9,450/individual / \$18,900/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 con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de desembolso</a> familiar general.
¿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 pertenecientes a 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 <a href="#">red del 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 <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 nuestro <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> use un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte 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> .

27248TX0010004-03

BR100917



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 no IHCP (Usted pagará el mayor monto)	Proveedor No Perteneciente a la Red que No Sea IHCP (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	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	\$60 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Cuidado preventivo/pruebas de detección</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> .
Si le realizan una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía y análisis de sangre)	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a> por visita después del <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Ninguna
	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> para determinados servicios. 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 Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> , visite <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/formulary-premier-2024.pdf">https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/formulary-premier-2024.pdf</a>	Medicamentos genéricos	Sin cargo	\$10 de <a href="#">copago</a> por receta (al por menor) \$25 de <a href="#">copago</a> por receta (pedidos por correo) No se 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).

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.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 No IHCP (Usted pagará el mayor monto)	Proveedor No Perteneciente a la Red que no sea IHCP (Usted pagará el mayor monto)	
4/formulary-premier-2024.pdf	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	\$70 de <u>copago</u> por receta después del <u>deducible</u> por receta (al por menor) \$175 de <u>copago</u> 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 <u>copago</u> 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	\$110 de <u>copago</u> por receta después del <u>deducible</u> por receta (al por menor) \$275 de <u>copago</u> 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).
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cargo	50% 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 ambulatoria</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	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	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.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 No IHCP (Usted pagará el mayor monto)	Proveedor No Perteneciente a la Red que no sea IHCP (Usted pagará el mayor monto)	
Si necesita atención médica inmediata	<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>	Ninguna
	<a href="#">Traslado médico de emergencia</a>	Sin cargo	\$60 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u> por transporte	\$60 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u> por transporte	Requieren <u>autorización previa</u> ciertos servicios como transporte aéreo, terrestre que no sea de emergencia, traslados entre instalaciones, <u>fuera de la red</u> y del área.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo	\$60 de <u>copago</u> por visita. No se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si debe permanecer internado	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 <u>copago</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> por visitas al consultorio. No se aplica el <u>deducible</u> ni el 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> para otros servicios de 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 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 desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.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 No IHCP (Usted pagará el mayor monto)	Proveedor No Perteneciente a la Red que no sea IHCP (Usted pagará el mayor monto)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$60 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u> por evento	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>deducible</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. *Consulte la cláusula 3(l)
	Servicios del profesional durante la atención del parto	Sin cargo	\$0 de <u>copago</u> 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 de la instalación 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 servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cargo	\$60 de <u>copago</u> 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	\$60 de <u>copago</u> 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="#">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. Hasta 25 días por año.

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.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 No IHCP (Usted pagará el mayor monto)	Proveedor No Perteneciente a la Red que no sea IHCP (Usted pagará el mayor monto)	
Si está embarazada	<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	\$60 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u> por día 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)
	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo	\$60 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u> por visita	Sin cobertura	Un examen oftalmológico de rutina por año. *Consulte la cláusula 3(w)
Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Anteojos para niños	Sin cargo	\$60 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u> por par	Sin cobertura	Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del <u>plan</u> . *Consulte la Cláusula 3(w)
	Chequeo odontológico para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.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.  
\*Consulte la Cláusula 4(16) del documento de su plan
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Chequeo odontológico para niños
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Programas para bajar de peso

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)
- Audífonos (cada oído, cada tres años)
- Enfermería privada (paciente internado)
- Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)

**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](#), [apelación](#) o [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, 请拨打这个号码 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.*





**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> general <a href="#">del plan</a>	\$3,300
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalación)	40%
■ Otros [ <a href="#">costo compartido</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:

<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,300
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,800
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Peg pagaría un total de</b>	<b>\$6,300</b>

### Joe recibe atención para controlar la diabetes de tipo 2

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

■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a>	\$3,300
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalación)	40%
■ Otros [ <a href="#">costo compartido</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:

<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,300
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$60
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Joe pagaría un total de</b>	<b>\$3,960</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> general <a href="#">del plan</a>	\$3,300
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> por hospital (instalación)	40%
■ Otros [ <a href="#">costo compartido</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:

<i>Costos Compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,500
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Mia pagaría un total de</b>	<b>\$2,700</b>

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente recibió atención de un Proveedor IHCP o mediante una [referencia](#) de IHCP en 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.