




El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un [plan](#). El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) deben compartir el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado la [prima](#)) se proporcionará de forma separada. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-282-3025 o visítenos en el sitio web <https://www.christushealthplan.org/>. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-282-3025 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$75/por persona o \$150/por familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . No hay <a href="#">costo compartido</a> para las dos primeras visitas al <a href="#">médico de atención primaria</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre determinados productos y servicios, aun si usted no ha cumplido el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, pueden aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Sí. <a href="#">Medicamentos con receta</a> -- \$50/por persona o \$100/por familia. No hay otros <a href="#">deducibles</a> específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> pague estos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$700/por persona o \$1,400/por familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya cumplido con el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué no se incluye en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">cargos facturados sobre saldos</a> y atención médica que no cubre este <a href="#">plan</a> .	Aunque pague estos gastos, no contarán para su <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="https://www.christushealthplan.org/find-a-provider">https://www.christushealthplan.org/find-a-provider</a> o llame al 1-844-282-3025 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cobro del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">cargos facturados sobre saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">red de proveedores</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener estos servicios.
¿Necesita ser <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted escoja sin un <a href="#">referido</a> .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguros](#) que se muestran en esta tabla son después de cumplir el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
<b>Si se atiende en la clínica o consultorio del <a href="#">proveedor de atención médica</a></b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Sin <a href="#">costo compartido</a> para las dos primeras visitas con el <a href="#">médico de atención primaria</a> .
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación.
	<a href="#">Atención preventiva/evaluaciones/vacunas</a>	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se hace un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$30 de <a href="#">copago</a> /por visita y no aplica <a href="#">deducible</a> . 30% de <a href="#">coseguro</a> para exámenes de laboratorio.	No está cubierto	Ninguna.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$400 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección</b> La información adicional sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> está disponible en <a href="http://www.christushealthplan.org">www.christushealthplan.org</a>	Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> para un suministro de 90 días por medio de pedido por correo es el triple del <a href="#">costo compartido</a> para un suministro estándar de 30 días. El <a href="#">costo compartido</a> para <a href="#">medicamentos de especialidad</a> está limitado a \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días. Las recetas de medicamentos anticonceptivos no están sujetas al <a href="#">deducible</a> , y no tienen <a href="#">copago</a> .
	Medicamentos genéricos no preferidos	\$5 de <a href="#">copago</a> /por receta. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de <a href="#">copago</a> /por receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$95 de <a href="#">copago</a> /por receta	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	45% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	30% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencia</a>	\$700 de <a href="#">copago</a> /por visita	\$700 de <a href="#">copago</a> /por visita	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención médica urgente</a>	\$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	
<b>Si lo admiten en el hospital</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	\$700 de <a href="#">copago</a> /por estadía	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargos	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Las visitas al consultorio para MH/SUD están sujetas al <a href="#">costo compartido</a> enumerado, mientras que los tratamientos MH/SUD en un centro ambulatorio están sujetos al <a href="#">coseguro</a> en el centro ambulatorio. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	Servicios para pacientes internados	\$700 de <a href="#">copago</a> /por estadía	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a los <a href="#">servicios</a> preventivos. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargos	No está cubierto	Ninguna.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
	Servicios del centro para parto/nacimiento	\$700 de <a href="#">copago</a> /por estadía	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para atención para pacientes internadas, excepto para (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para paciente internada después de un parto vaginal sin complicaciones o noventa y seis (96) horas de atención para paciente internada después de una cesárea sin complicaciones o (2) atención posparto. Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$30 de <a href="#">copago</a> /por visita	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a>	\$30 de <a href="#">copago</a> /por visita	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios para pacientes terminales</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año
	Consulta dental para niños	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a una consulta cada 6 meses.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre. (Revise su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y la lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aborto</li><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cirugía cosmética</li><li>• Atención dental básica y mayor (niños)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos</li><li>• Ortodoncia</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado del pie de rutina para miembros diabéticos</li><li>• Tratamientos de trastornos de la articulación temporomandibular</li><li>• Programas para perder peso</li></ul> |
|---|--|---|

Otros servicios cubiertos. (Es posible que apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica</li><li>• Atención dental (adultos - Aplican límites en visitas y artículos. Beneficio anual máximo de \$1,000)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años)</li><li>• Enfermería privada</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de la vista de rutina para adultos (1 artículo y 1 visita por año. Hasta \$130 por persona para anteojos o lentes de contacto).</li></ul> |
|--|---|---|

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarle si quiere que continúe su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025; El Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; el Departamento de Seguros de Louisiana, Oficina de Servicios al Consumidor P.O. Box 94214, Baton Rouge La 70804-9214 o llame al 1-800-259-5300. También se encuentran disponibles otras opciones de cobertura para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener 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 ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por un rechazo de un [reclamo](#). Esta inconformidad se denomina una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, busque en la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para enviar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025 o el Departamento de Seguros de Louisiana, Oficina de Servicios al Consumidor, P. O. Box 94214, Baton Rouge La 70804-9214 o llame al 1-800-259-5300.

**¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí.**

La [Cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes, de seguro médico](#) disponibles a través del [Mercado](#) o u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunos otros tipos de cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura esencial mínima](#), puede no puede ser elegible para [crédito fiscal de la prima](#).

**¿Cumple este plan con el Estándar de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con el [Estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través [Mercado](#).

## Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Chinese: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989)번으로 전화해 주십시오.

Arabic: ملحوظة: 1-800-735-2989 (والبكم الصم هاتف رقم) 1-844-282-3025 برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا.

Urdu: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989)۔

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-282-3025 (ATS: 1-800-735-2989).

Persian: پاسخ. هستند شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-282-3025 (телетайп: 1-800-735-2989).

Japanese: 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian: ໃບອຸກາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ້ນຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Hindi: हंद: सावधानी: यदि आप हिंद बोलते हैं तो आप मु त भाषा सहायता सेवाओं से लाभ उठा सकते हैं। 1-844-282-3025 पर कॉल करें (टीटीवी: 1-800-735-2989)

Gujarati: જરાત: સાવધાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, તમે મફત ભાષા સહાય સેવાઓમાં થી લાભ મેળવી શકો છો. 1-844-282-3025 પર કોલ કરો (TTY: 1-800-735-2989)

*Para ejemplos sobre cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solamente ejemplos de cómo este [plan](#) debería cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#). Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solamente en la cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$75
- [Copago](#) del [especialista](#) \$35
- [Copago](#) del hospital (centro) \$700
- Otros [coseguros](#) 30%

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

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño  
 Servicios del centro para el parto/nacimiento del niño  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$75
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguros</a>	\$600
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es de</b>	<b>\$735</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de control rutinario de la enfermedad bien controlada con proveedores de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$75
- [Copago](#) del [especialista](#) \$35
- [Copago](#) del hospital (centro) \$700
- Otros [coseguros](#) 30%

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

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación para enfermedades*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$100
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguros</a>	\$100
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Joe es de</b>	<b>\$720</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$75
- [Copago](#) del [especialista](#) \$35
- [Copago](#) del hospital (centro) \$700
- Otros [coseguros](#) 30%

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

[Atención en la sala de emergencia](#) (*incluyendo insumos médicos*)  
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$75
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguros</a>	\$300
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es de</b>	<b>\$775</b>

El [plan](#) será responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.