

 El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un [plan](#) de salud. 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. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://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?  | \$3,500 por persona o /\$7,000 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 <a href="#">servicios de atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</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 servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de servicios preventivos 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?                         | No.   | 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> ? | \$6,500/por persona o \$13,000/por familia  | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar por servicios cubiertos. 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/provider-search">https://www.christushealthplan.org/provider-search</a> o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los | 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 del plan</a> . Usted pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor</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   |

|   |                        |   |
|---|------------------------|---|
|   | proveedores de la red. | <a href="#">proveedor</a> fuera de la red 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 los [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          | \$10 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 cargo. 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 <a href="#">preventivos</a> . 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) | \$30 de <a href="#">copago</a> /por visita para radiografías y no aplica <a href="#">deducible</a> . 50% 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 está cubierto  | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.  |

CHPTX20SL7

\* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en <https://www.christushealthplan.org/>

| 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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección</b><br><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></b> | Medicamentos genéricos preferidos                              | Sin cargo. 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. Las recetas de 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  |  |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>  | Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 50% 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 pueden ser negados.  |
|   | Tarifa del médico/cirujano                                     | 50% 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 pueden ser negados.  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>                | \$950 de <a href="#">copago</a> /por visita                                       | \$950 de <a href="#">copago</a> /por visita             | Ninguna.   |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | 50% de <a href="#">coseguro</a>   | 50% de <a href="#">coseguro</a>                         |  |
|   | <a href="#">Atención médica urgente</a>                        | \$35 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica                             | No está cubierto  |  |

CHPTX20SL7

\* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en <https://www.christushealthplan.org/>

| 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) |   |
|   |  | <a href="#">deducible</a> .   |   |   |
| <b>Si lo admiten en el hospital</b>   | Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital) | \$950 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 pueden ser 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 pueden ser negados.   |
| <b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                    | \$30 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.           |
|   | Servicios para pacientes internados                      | \$950 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 pueden ser 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 preventivos</a> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido). |
|   | Servicios profesionales de parto/nacimiento              | Sin cargos  | No está cubierto  | Ninguna.  |
|   | Servicios del centro para parto/nacimiento               | \$950 de <a href="#">copago</a> /por estadía                                      | No está cubierto  | 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  |

CHPTX20SL7

\* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en <https://www.christushealthplan.org/>

| 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) |   |
|  |  |   |   | 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 pueden ser negados. |
| <b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                  | 50% 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 pueden ser negados. Limitado a 60 visitas/año calendario.   |
|  | <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 pueden ser negados. Limitado a 35 visitas/año calendario.   |
|  | <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 pueden ser negados.   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>         | 50% 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 pueden ser negados. Limitado a 25 visitas/año calendario.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                       | 50% de <a href="#">coseguro</a>                   | No está cubierto  | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para DME con valor mayor a \$500. Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios pueden ser negados.   |
|  | <a href="#">Servicios para pacientes terminales</a>          | 50% 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 pueden  |

CHPTX20SL7

\* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en <https://www.christushealthplan.org/>

| 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) |  |
|   |                                    |  |   | ser negados.                                       |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños      | Sin cargos. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto  | Limitado a un examen por año.                      |
|   | Anteojos para niños                | Sin cargos. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto  | Limitado a un par de anteojos por año.             |
|   | Consulta dental para niños         | Sin cargos. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto  | Ninguna.   |

**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 (adultos)</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>• Enfermería privada</li> <li>•</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de la vista de rutina(adultos)</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas de pérdida de 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 (límite de 35 visitas)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años)</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/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>; Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263 o <http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid>. 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 a [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 Texas al 1-800-578-4677 o <http://www.tdi.texas.gov/index.html>.

**¿Este [plan](#) proporciona Cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene la [Cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requerimiento que tiene cobertura de salud para ese mes.

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

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

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: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Hindi: हंद: सावधानी: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आप मुफ्त 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 સેવાઓમાંથી 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.](#) —————

CHPTX20SL7

\* Para encontrar más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del plan o de la póliza en

<https://www.christushealthplan.org/>



**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](#) de salud. Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solamente en la cobertura individual.

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Peg va a tener un bebé</b><br>(9 meses de atención prenatal y un parto en el hospital de la red) | <b>Control de la diabetes tipo 2 de Joe</b><br>(un año de control rutinario de la enfermedad bien controlada con proveedores de la red) | <b>Fractura simple de Mia</b><br>(visita a la sala de emergencias de la red y atención de seguimiento) |
|---|---|--|

- El [deducible](#) general del [plan](#) **\$3,500**
- [Copago del especialista](#) **\$35**
- [Copago del hospital \(centro\)](#) **\$950**
- Otros [coseguros](#) **50%**

**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>\$12,800</b> |
|--------------------------------|-----------------|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| <a href="#">Costo compartido</a>      |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$3,500        |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$1,000        |
| <a href="#">Coseguros</a>             | \$0            |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i>      |                |
| Límites o exclusiones                 | \$60           |
| <b>El total que pagaría Peg es de</b> | <b>\$4,560</b> |

- El [deducible](#) general del [plan](#) **\$3,500**
- [Copago del especialista](#) **\$35**
- [Copago del hospital \(centro\)](#) **\$950**
- Otros [coseguros](#) **50%**

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

Visitas al consultorio del [médico de atención médica 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>\$7,400</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| <a href="#">Costo compartido</a>      |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$3,500        |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$600          |
| <a href="#">Coseguros</a>             | \$300          |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i>      |                |
| Límites o exclusiones                 | \$60           |
| <b>El total que pagaría Joe es de</b> | <b>\$4,460</b> |

- El [deducible](#) general del [plan](#) **\$3,500**
- [Copago del especialista](#) **\$35**
- [Copago del hospital \(centro\)](#) **\$950**
- Otros [coseguros](#) **50%**

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

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

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$1,900</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| <a href="#">Costo compartido</a>      |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>            | \$1,600        |
| <a href="#">Copagos</a>               | \$100          |
| <a href="#">Coseguros</a>             | \$0            |
| <i>Lo que no tiene cobertura</i>      |                |
| Límites o exclusiones                 | \$0            |
| <b>El total que pagaría Mia es de</b> | <b>\$1,700</b> |