



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite

[www.healthnet.com/policy/sbg\\_silver\\_70\\_value\\_ppo\\_1700\\_50\\_alt\\_2021](http://www.healthnet.com/policy/sbg_silver_70_value_ppo_1700_50_alt_2021) o llame al 1-800-522-0088. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com), o llamar al 1-800-522-0088 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$1,700 por persona; \$3,400 por familia a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> . \$3,400 por persona; \$6,800 por familia para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> , por año calendario.	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si otros miembros de su familia pertenecen al <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar el <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <a href="#">deducible</a> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> , las visitas al consultorio del médico de atención primaria, los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos), las visitas al consultorio por servicios de salud mental o de abuso de sustancias y de <a href="#">atención de urgencia</a> , los servicios de <a href="#">habilitación</a> y de <a href="#">rehabilitación</a> para pacientes ambulatorios, los <a href="#">servicios de cuidados paliativos</a> , los servicios de atención de quiropráctico, los servicios de acupuntura y los servicios odontológicos y de la vista para niños están cubiertos antes de que usted alcance el <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte 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> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores preferidos</a> : \$8,000 por persona; \$16,000 por familia. Para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> : \$16,000 por persona; \$32,000 por familia, por año calendario.	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , estos tienen que completar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se complete el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<p>¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a>?</p>	<p><a href="#">Primas</a>, cargos de <a href="#">facturación de saldo</a>, gastos pagados por servicios de quiroprácticos, descuentos en medicamentos, cupones o tarjetas de copago por medicamentos con receta médica, multas por falta de certificación y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.</p>	<p>Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a>.</p>
<p>¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a>?</p>	<p>Sí. Para obtener una lista de <b>proveedores preferidos</b>, visite <a href="http://www.healthnet.com/providersearch">www.healthnet.com/providersearch</a> o llame al 1-800-522-0088.</p>	<p>Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a>. Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a>. Pagará más si acude a 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 cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga (<a href="#">facturación de saldo</a>). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.</p>
<p>¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a>.</p>



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	<a href="#">Copago</a> de \$50/consulta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Ninguna.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Copago</a> de \$75/consulta.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación/vacunas</a>	Sin cargo.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <a href="#">plan</a> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorio: <a href="#">Copago</a> de \$40/consulta. Radiografías: <a href="#">Copago</a> de \$50/consulta.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.healthnet.com/ca_druglist">www.healthnet.com/ca_druglist</a>	Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1)	<a href="#">Copago</a> de \$19/orden minorista. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . <a href="#">Copago</a> de \$38/compra por correo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	Sin cobertura.	Se aplica <a href="#">deducible</a> médico (no se aplica para los medicamentos del nivel 1). Suministro/orden: hasta 30 días (minorista); 31-90 días (por correo), salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para algunos medicamentos. Si no se obtiene <a href="#">autorización previa</a> , se aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, excepto para atención de emergencia o de urgencia.
	Medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos (nivel 2)	<a href="#">Copago</a> de \$65/orden minorista. <a href="#">Copago</a> de \$130/compra por correo.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	<a href="#">Copago</a> de \$100/orden minorista. <a href="#">Copago</a> de \$200/compra por correo.	Sin cobertura.	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (nivel 4)	<a href="#">Coseguro</a> del 40% hasta \$250 por receta médica de 30 días.	Sin cobertura.	Se aplica <a href="#">deducible</a> médico. Suministro/orden: suministro de 30 días en farmacias de especialidad, salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para algunos medicamentos. Si no se obtiene <a href="#">autorización previa</a> , se aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, excepto para atención de emergencia o de urgencia.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación, o se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	Tarifas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	Tarifa del centro: <a href="#">Coseguro</a> del 40%. Servicios profesionales: <a href="#">Coseguro</a> del 40%.	Tarifa del centro: <a href="#">Coseguro</a> del 40%. Servicios profesionales: <a href="#">Coseguro</a> del 40%.	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Atención médica: <a href="#">Copago</a> de \$75/consulta. Salud mental, salud conductual o abuso de sustancias: <a href="#">Copago</a> de \$50/consulta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Ninguna.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	Tarifas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Se requiere certificación para una internación y para algunos servicios brindados durante la internación.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: <a href="#">Copago</a> de \$50/consulta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Visita que no sea al consultorio: <a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	No se requiere certificación para los servicios de diagnóstico de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, excepto para <a href="#">cirugía reconstructiva</a> . Si se requiere certificación, pero no se la obtiene, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	No se aplica <a href="#">costo compartido</a> a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Puede aplicarse un <a href="#">coseguro</a> según el tipo de servicios. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., ecografías). El programa de control prenatal de California está cubierto sin cargo dentro y fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Ninguna.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Se limita a 100 consultas por año calendario, combinadas entre consultas a los <a href="#">proveedores preferidos de la red</a> y <a href="#">fuera de la red</a> (cada uno de los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> y <a href="#">de habilitación en el hogar</a> tiene un límite de 100 consultas por separado, por año calendario). Se requiere certificación para algunos servicios o se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/consulta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/consulta. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 40%.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin cargo.	<a href="#">Coseguro</a> del 50%.	Se requiere certificación para admisiones en centros de cuidados paliativos únicamente. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de \$250 a través de la <a href="#">red de proveedores preferidos</a> y una multa de \$500 <a href="#">fuera de la red</a> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	Limitado a 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	Marcos seleccionados por el proveedor: 1 par por año calendario.
	Control dental para niños	Sin cargo.	<u>Coseguro</u> del 10%. No se aplica el <u>deducible</u> .	Limitado a 1 control cada 6 meses.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cosmética.</li> <li>• Servicios dentales (adultos).</li> <li>• Audífonos.</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 viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada.</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina.</li> <li>• Programas para bajar de peso (la exclusión no se aplica a las intervenciones de atención conductual preventiva).</li> </ul> |
|---|--|---|

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de aborto.</li> <li>• Acupuntura (cubierta cuando sea médicamente necesaria).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica (cubierta a través de la red de proveedores preferidos si se la considera médicamente necesaria).</li> <li>• Atención de quiropráctico (limitada a 12 consultas por año calendario).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos) (exámenes/refracciones de ojos con fines de corrección de la visión).</li> </ul> |
|---|---|--|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros de Salud: 1-877-267-2323 (extensión 61565), [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. 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:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Centro de Contacto con el Cliente de Health Net al 1-888-926-4988; envíe un formulario de queja formal a través de [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com); o presente una queja formal por escrito a Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Si desea obtener información sobre la cobertura médica de grupo sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Si tiene una queja formal contra Health Net, también puede escribir a California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau Health Unit, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013; llamar al 1-800-927-HELP (4357), 1-800-482-4833 (TDD); o visitar [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de California. Para hacerlo, use la información de contacto proporcionada anteriormente.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-522-0088.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-522-0088.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-522-0088.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-522-0088.

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

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,700
- [Copago](#) del [especialista](#) \$75
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,700
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$3,800
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$5,960</b>

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

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,700
- [Copago](#) del [especialista](#) \$75
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,700
<a href="#">Copagos</a>	\$1,100
<a href="#">Coseguro</a>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,020</b>

**Fractura simple de Mia**

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,700
- [Copago](#) del [especialista](#) \$75
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,700
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguro</a>	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,300</b>

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