




El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo se compartiría el costo de los servicios de cuidado de la salud entre usted y el [plan](#). **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se entregará en un documento por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o para conseguir una copia de los términos de cobertura completos, visite el sitio [www.quantum.nov.com](http://www.quantum.nov.com). Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como [monto asignado](#), [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 llamar al 1-866-920-1950 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es de importancia:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?	<a href="#">Proveedor preferido</a> : \$1250/persona o \$2500/familia. <a href="#">Proveedor no preferido</a> : \$3750/persona o \$7500/familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si otros integrantes de su familia están incluidos en el <a href="#">plan</a> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que los gastos del monto total del <a href="#">deducible</a> pagados por todos los integrantes de su familia alcancen el <a href="#">deducible</a> total del grupo familiar.
¿Incluye servicios cubiertos antes de alcanzar el <a href="#">deducible</a> ?	Sí, están cubiertos antes de alcanzar el <a href="#">deducible</a> los servicios que exigen el pago de un <a href="#">copago</a> , los medicamentos recetados, los servicios <a href="#">de cuidados preventivos</a> prestados por un <a href="#">proveedor</a> preferido y las <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios incluso si no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> , aunque podría aplicarse 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="#">costos compartidos</a> y antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> . Consulte la 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> .
¿Corresponden otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No, no corresponden otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.	Usted no necesita alcanzar el monto de ningún <a href="#">deducible</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso personal</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<a href="#">Proveedor preferido</a> : \$4500/persona o \$9000/familia. <a href="#">Proveedor no preferido</a> : \$9000/persona o \$18 000/familia.	El <a href="#">límite de desembolso personal</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros integrantes de su familia están incluidos en este <a href="#">plan</a> , debe alcanzarse el <a href="#">límite de desembolso personal</a> total del grupo familiar.
¿Qué conceptos excluye el <a href="#">límite de desembolso personal</a> ?	Multas por no obtener una <a href="#">autorización previa</a> para los servicios, <a href="#">primas</a> , cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aún cuando pague estos gastos, ellos no se tienen en cuenta para el cómputo del <a href="#">límite de desembolso personal</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.quantum.nov.com">www.quantum.nov.com</a> o llame al 1-866-920-1950 para solicitar una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará el máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> . Asimismo, un <a href="#">proveedor</a> podría facturarle la diferencia entre lo que él cobre y lo que pague ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> en algunos casos (por ej., análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir cualquier servicio.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">derivación</a> .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que figuran en esta tabla entrarán en efecto una vez alcanzado el [deducible](#), de corresponder.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de servicios médicos</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <a href="#">copago</a> /visita (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se ofrecen visitas virtuales. Consulte su <a href="#">plan</a> para obtener más información.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$70 de <a href="#">copago</a> /visita (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
	<a href="#">Cuidados preventivos/exámenes/vacunación</a>	Sin cargo (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, confirme el monto que pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si tiene un examen médico</b>	<a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Corresponde <a href="#">copago</a> para visitas al consultorio o sin cargo para servicios ambulatorios (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
	Imágenes (TC/TEP, resonancia magnética)	Corresponde <a href="#">copago</a> para visitas al consultorio (no corresponde <a href="#">deducible</a> ) o 20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> para servicios ambulatorios	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Puede obtener más información acerca de la	Medicamentos genéricos	Venta al público: \$10 de <a href="#">copago</a> Venta por correo: \$20 de <a href="#">copago</a> (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	Debe solicitarse reembolso. Corresponde <a href="#">copago</a> para venta al público.	Corresponde <a href="#">copago</a> para 30 días de suministro en farmacias de venta al público y para 90 días de suministro en farmacias de venta por correo.

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

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
<a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> o llamando al 1-855-310-2475.	Medicamentos de marcas preferidas	Venta al público: \$30 de <a href="#">copago</a> o 25 %, la suma que sea mayor Venta por correo: \$60 de <a href="#">copago</a> (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	Debe solicitarse reembolso. Corresponde <a href="#">copago</a> para venta al público.	No corresponde <a href="#">copago</a> para los medicamentos preventivos exigidos por la Ley de Atención Médica a Bajo Costo.
	Medicamentos de marcas no preferidas	Venta al público: \$50 de <a href="#">copago</a> o 30 %, la suma que sea mayor Venta por correo: \$100 de <a href="#">copago</a> (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	Debe solicitarse reembolso. Corresponde <a href="#">copago</a> para venta al público.	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	30 % hasta \$200 (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	Sin cobertura	Los <a href="#">medicamentos de especialidad</a> tienen un límite de suministro de 30 días.
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Cargos por el uso de las instalaciones (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Corresponde el beneficio de <a href="#">proveedor preferido</a> .	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Corresponde el beneficio de <a href="#">proveedor preferido</a> .	Pueden corresponder cargos por facturación de saldo. Tanto el transporte terrestre como el aéreo están cubiertos.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
<b>Si lo hospitalizan</b>	Cargos por el uso de las instalaciones (por ej., habitación en el hospital)	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.

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

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o para consumo abusivo de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Corresponde <a href="#">copago</a> para visitas al consultorio (no corresponde <a href="#">deducible</a> ) o 20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> para servicios ambulatorios	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para hospitalizaciones parciales y pacientes ambulatorios en cuidados intensivos. Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Servicios a pacientes hospitalizados	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas en consultorio	Médico de atención primaria: \$35 de <a href="#">copago</a> /visita Médico especialista: \$70 de <a href="#">copago</a> /visita (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	No corresponden <a href="#">costos compartidos</a> para <a href="#">servicios preventivos</a> . En función del tipo de servicio, puede corresponder un <a href="#">coseguro</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otro apartado del SBC (por ej., ecografías).
	Servicios del establecimiento donde ocurre el nacimiento/parto	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	
<b>Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Asistencia médica domiciliaria</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	60 visitas/año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.

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

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Corresponde <a href="#">copago</a> para visitas al consultorio (no corresponde <a href="#">deducible</a> ) o 20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> para servicios ambulatorios	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Corresponde <a href="#">copago</a> para visitas al consultorio (no corresponde <a href="#">deducible</a> ) o 20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a> para servicios ambulatorios	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
	<a href="#">Cuidados idóneos de enfermería</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	60 visitas/año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	<a href="#">Equipos médicos duraderos</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> en caso de alquiler o para aquellas compras que superen los \$1500. Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	20 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
<b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen ocular para niños	Médico de atención primaria: \$35 de <a href="#">copago</a> /visita Médico especialista: \$70 de <a href="#">copago</a> /visita (no corresponde <a href="#">deducible</a> )	50 % de <a href="#">coseguro</a> después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.

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

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (verifique su póliza o [plan](#) para obtener más información y una lista de los [servicios excluidos](#)).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Atención odontológica (adultos y niños)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidados de largo plazo
- Enfermería privada
- Controles podológicos de rutina

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden sufrir limitaciones de cobertura. Esta es una lista parcial. Consulte el [plan](#)).

- Cirugía bariátrica (con cobertura en centros Blue Distinction únicamente)
- Atención quiropráctica (con límite de 35 visitas/año calendario)
- Audífonos
- Atención médica no urgente para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños)
- Programar para perder peso (a través de Virta Health)

**Su derecho a continuar la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. Datos de contacto: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Usted cuenta con otras opciones de cobertura a su disposición, incluida la contratación de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros de Salud](#). Para más información sobre el [Mercado](#) de Seguros de Salud, visite el sitio [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o apelación:** Existen agencias que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por denegarle una [cobertura](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, lea la explicación de los beneficios que le corresponderán por ese [reclamo](#) médico. Los documentos del [plan](#) también proveen información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) respecto de su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información acerca de sus derechos o de este aviso, o si necesita asistencia, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan provee cobertura esencial mínima? Sí.**

La [cobertura esencial mínima](#) por lo general comprende [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud u otras pólizas de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y alguna otra cobertura. Si cumple con los requisitos necesarios de determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea apto para acceder a un [crédito fiscal para el pago de la prima](#).

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede cumplir con los requisitos necesarios para acceder a un [crédito fiscal para el pago de la prima](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud.

### Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-920-1950.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-920-1950.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-920-1950.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-920-1950 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-920-1950.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-920-1950.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allills reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-920-1950.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-866-920-1950.

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una determinada situación médica, consulte la próxima sección.*

**Declaración de divulgación conforme a la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA, por sus siglas en inglés):** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un pedido de recopilación de datos, a menos que este contenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para la presente recopilación de datos es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para cumplir con esta recopilación es de, en promedio, **0,08** horas por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos solicitados y completar y revisar la recopilación. Si desea hacernos llegar sus comentarios acerca de la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, envíelos por escrito a CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención del encargado de la Oficina de Despacho de Informes conforme a la PRA, dirección de entrega (*Mail Stop*) C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de los ejemplos de esta cobertura:



**Esto no es una herramienta de estimación de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos exactos podrían diferir según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar según los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto hospitalario)

- [Deducible total del plan](#) \$1250
- [Copago del especialista](#) \$70
- [Coseguro del hospital \(establecimiento\)](#) 20 %
- [Otros coseguros](#) 20 %

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales de nacimiento/parto

Servicios del establecimiento onde ocurre el nacimiento/parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita al [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>	\$1250
<a href="#">Copagos</a>	\$10
<a href="#">Coseguros</a>	\$2000
<i>Sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$3320</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- [Deducible total del plan](#) \$1250
- [Copago del especialista](#) \$70
- [Coseguro del hospital \(establecimiento\)](#) 20 %
- [Otros coseguros](#) 20 %

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye educación para la enfermedad*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipos médicos duraderos](#) (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5600</b>
--------------------------------	---------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$800
<a href="#">Copagos</a>	\$1200
<a href="#">Coseguros</a>	\$0
<i>Sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$2020</b>

### Fractura simple de Mia

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

- [Deducible total del plan](#) \$1250
- [Copago del especialista](#) \$70
- [Coseguro del hospital \(establecimiento\)](#) 20 %
- [Otros coseguros](#) 20 %

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluye insumos médicos*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipos médicos duraderos](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2800</b>
--------------------------------	---------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1250
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguros</a>	\$200
<i>Sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1650</b>

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