



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, llame al 1-844-282-3025 o visítenos en el sitio web <https://www.christushealthplan.org/member-resources/forms-documents/individual-and-family-plans/>. 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 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-282-3025 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 con un Proveedor de atención médica indígena (IHCP) o con derivación de un IHCP a un proveedor no IHCP; \$7,450/por persona o \$14,900/por familia. | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que el plan empiece a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su deducible . | Este plan cubre productos y servicios determinados, aun si usted no ha cumplido el monto del deducible . Sin embargo, un copago o coseguro puede aplicar. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que cumplir deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | \$9,450/por persona o \$18,900/por familia | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se haya cumplido el límite de gastos de bolsillo de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas , cargos facturados sobre saldos y atención médica que no cubre este plan . | Aunque pague estos gastos, no contarán hacia el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Consulte https://www.christushealthplan.org/fin-d-a-provider o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los proveedores de la red . | Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Usted pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cobro del proveedor y lo que paga su plan (cargos facturados sobre saldos). Tenga en cuenta que su red de proveedores puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de obtener estos servicios. |
| ¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ? | No. | Puede consultar al especialista que usted escoja sin una derivación . |



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 |
|--|--|---|---|---|--|
| | | Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés) | Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargos | \$60 de copago /por visita; no aplica deducible . | No está cubierto | Sin costo compartido para las dos primeras visitas con el médico de atención primaria . Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Consulta con un especialista | Sin cargos | \$80 de copago /por visita; no aplica deducible . | No está cubierto | Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Atención preventiva/ evaluación /vacunas | Sin cargos | Sin cargos. No aplica deducible . | No está cubierto | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargos | \$400 de copago /por visita | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Medicamentos genéricos | Sin cargos | Sin cargos. No aplica deducible . | No está cubierto | El costo compartido para un suministro de 90 días por medio del pedido por correo es el triple del costo compartido para un suministro estándar de 30 días. Las recetas de medicamentos anticonceptivos no están sujetas al deducible , y no |
| | Medicamentos genéricos no preferidos | Sin cargos | \$30 de copago /por receta. No aplica deducible . | No está cubierto | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés) | Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://chppaymnt.christushealth.org/documents/hix/formulary/TXHIXFormulary2024.pdf | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargos | \$100 de copago /por receta | No está cubierto | tienen copago . Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | |
| | Medicamentos de especialidad | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin cargos | \$950 de copago /por visita | \$950 de copago /por visita | Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargos | 50% de coseguro | 50% de coseguro | |
| | Atención de urgencia | Sin cargos | \$80 de copago /por | No está cubierto | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|--|
| | | Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés) | Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor) | |
| | | | visita; no aplica deducible . | | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargos | \$950 de copago /por estadía | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargos | Sin cargos | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargos | Visita al consultorio: \$80 de copago /por visita; no aplica deducible . Centro ambulatorio: 50% de coseguro | No está cubierto | Las visitas al consultorio están sujetas al costo compartido enlistado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al coseguro del centro ambulatorio. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargos | \$950 de copago /por estadía | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargos | \$80 de copago /por visita; no aplica deducible . | No está cubierto | El costo compartido no aplica a los servicios preventivos . El cuidado de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido). Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargos | Sin cargos | No está cubierto | Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|--|
| | | Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés) | Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor) | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargos | \$950 de copago /por estadía | No está cubierto | Se requiere autorización previa para atender a pacientes internadas, excepto por: (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes internadas después de un parto vaginal sin complicaciones o noventa y seis (96) horas de atención para pacientes internadas después de una cesárea sin complicaciones o (2) atención posparto. Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. Limitado a 60 visitas/por año calendario. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargos | \$60 de copago /por visita | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. Limitado a 35 visitas/por año calendario, combinado con atención quiropráctica. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargos | \$60 de copago /por visita | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. Limitado a 25 visitas/por año calendario. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa para algunos artículos de equipo médico duradero . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sus costos si usa proveedores de atención para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés) | Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor) | |
| | | | | | IHCP con derivación de un IHCP. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin cargos | 50% de coseguro | No está cubierto | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , los beneficios serán negados. Exento de costo compartido con un proveedor no IHCP con derivación de un IHCP. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargos | Sin cargos. No aplica deducible . | No está cubierto | Limitado a un examen por año. |
| | Anteojos para niños | Sin cargos | Sin cargos. No aplica deducible . | No está cubierto | Limitado a un par de anteojos por año. |
| | Control dental para niños | Sin cargos | Sin cargos. No aplica deducible . | No está cubierto | Limitado a una limpieza y examen cada seis 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"> • Aborto (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (Adultos) • Tratamiento de la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada (Excepto cuando es médicamente necesario o autorizado por el PCP) • Atención de la vista de rutina (Adultos) • Atención del pie de rutina • Programas para perder peso |
|--|--|--|

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"> • Atención quiropráctica (35 visitas por año, combinado con servicios de rehabilitación) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental básica y mayor (Niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo) |
|--|--|---|

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: 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/agencias/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263 o <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>. 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 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: 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.

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? No aplica.

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](#).

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: إذا: بالجمان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: 1-844-282-3025 برقم هاتف رقم (1-800-735-2989).

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).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne '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: هشتمند شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر: پاسخ 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: ໂປດຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ອຸປະຕິຮອງ ອັດຕາ ພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ້ນ ບັດ ວ່າ, ຄ່າ ມາ ພາ ພາ ອຸປະຕິຮອງ ທ່ານ. 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.](#)

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 cubrir este [plan](#) 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](#) \$0
- [Copago](#) del [Especialistas](#) \$0
- [Copago](#) del Hospital (establecimiento) \$0
- Otros [coseguros](#) 0%

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*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|-------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$60 |

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](#) \$0
- [Copago](#) del [Especialistas](#) \$0
- [Copago](#) del Hospital (establecimiento) \$0
- Otros [coseguros](#) 0%

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*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|-------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Peg pagaría es | \$20 |

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) del [Especialistas](#) \$0
- [Copago](#) del Hospital (establecimiento) \$0
- Otros [coseguros](#) 0%

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*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$0 |

Nota: Estos números se hacen asumiendo que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o con la [derivación](#) a uno no IHCP. Si usted recibió atención de un [proveedor](#) no IHCP sin una [derivación](#) de un proveedor IHCP, sus costos pueden ser mayores.