



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 el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [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 <a href="#">deducible</a> total?	\$6,900/por persona o \$13,800/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 el <a href="#">plan</a> empiece a pagar. Si usted 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 del <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 alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre productos y servicios determinados, aun si usted no ha cumplido el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> puede aplicar. Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> 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.	Usted no tiene que cumplir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$7,350/por persona o \$14,700/por familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya cumplido el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido 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 hacia el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="https://www.christushealthplan.org/ind-a-provider">https://www.christushealthplan.org/ind-a-provider</a> o llame al 1-844-282-3025 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cobro del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">cargos facturados sobre saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">red de proveedores</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener estos servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted escoja sin una <a href="#">derivación</a> .



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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$5 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Ninguna.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$50 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/evaluación</a> /vacunas	Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	\$60 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$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 serán negados.
<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</a> en <a href="https://chppayment.christushealth.org/documents/hix/formulary/TXHXFormulary2025_SPA">https://chppayment.christushealth.org/documents/hix/formulary/TXHXFormulary2025_SPA</a> .	Medicamentos genéricos	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> para un suministro de 90 días por medio del pedido por correo es el triple del <a href="#">costo compartido</a> para un suministro estándar de 30 días. Las recetas de medicamentos anticonceptivos no están sujetas al <a href="#">deducible</a> , y no tienen <a href="#">copago</a> . Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para ciertos <a href="#">medicamentos con receta</a> e infusiones intravenosas.
	Medicamentos genéricos no preferidos	\$10 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 aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$80 de <a href="#">copago</a> /por receta	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	\$350 de <a href="#">copago</a> /por receta	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<a href="#">pdf</a>				
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., 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 serán 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 serán negados.
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	\$950 de <a href="#">copago</a> /por visita	\$950 de <a href="#">copago</a> /por visita	Atención de urgencia virtual gratuita a través de CHRISTUS Health System.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., 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 serán negados.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: \$50 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a> Centro ambulatorio: 50% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Las visitas al consultorio están sujetas al <a href="#">costo compartido</a> enlistado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al <a href="#">coseguro</a> del centro ambulatorio.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$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 serán negados.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$50 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> . El cuidado de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargos	No está cubierto	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$950 de <a href="#">copago</a> /por estadía	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> 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 <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene 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 serán negados. Limitado a 60 visitas/por año calendario.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$50 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados. Limitado a 35 visitas/por año calendario, combinado con atención quiropráctica.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$50 de <a href="#">copago</a> /por visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<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 serán negados. Limitado a 25 visitas/por 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 algunos artículos de <a href="#">equipo médico duradero</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</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 serán negados.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año.
	Control dental para niños	Sin cargos; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a una limpieza y examen cada seis 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>• Aborto (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)</li><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cirugía cosmética</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></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería privada (Excepto cuando es médicamente necesario o autorizado por el PCP)</li><li>• Atención del pie de rutina</li><li>• Programas para perder peso</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>• Atención quiropráctica (35 visitas por año, combinado con servicios de rehabilitación)</li><li>• Atención dental (Adulto: se aplican límites de artículos y visitas. \$1,000 como máximo de beneficios anuales)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitados a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención ocular de rutina (Adulto – 1 artículo y 1 visita por año. Hasta \$130 por persona para anteojos o lentes de contacto).</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: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025; El Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; 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](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: 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 ذكرت أنك تتحدث اللغة، اذكر خدمات المساعدة اللغوية المتوفرة. 1-844-282-3025 برقم اتصل. (البيكم الصم هاتف رقم: 1-800-735-2989).

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

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: هشتم شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر 1-844-282-3025 پاسخ. (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: ໄປດຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ວ່າ ຈາກ ພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍ ບັດ ຈ່າ, ແມ່ນ ມີ ບໍ່ ສ່ວນໃຫ້ 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 ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$6,900
■ <a href="#">Coseguros</a> del <a href="#">Especialistas</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguros</a> del Hospital (establecimiento)	\$950
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	50%

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:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$6,700
<a href="#">Copagos</a>	\$650
<a href="#">Coseguros</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$7,410</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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$6,900
■ <a href="#">Coseguros</a> del <a href="#">Especialistas</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguros</a> del Hospital (establecimiento)	\$950
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	50%

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:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$800
<a href="#">Copagos</a>	\$1,200
<a href="#">Coseguros</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,020</b>

### Fractura simple de Mía

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$6,900
■ <a href="#">Coseguros</a> del <a href="#">Especialistas</a>	\$50
■ <a href="#">Coseguros</a> del Hospital (establecimiento)	\$950
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	50%

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:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,000
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguros</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,500</b>