El Resumen de Beneficios y Cobertura (por sus siglas en inglés, SBC) es un documento que lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite http://www.healthnet.com/2020/eoc/pco/epo/silver70aianiex o llame al 1-888-926-4988. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados, consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o en www.myhealthnetca.com, o llamar al 1-888-926-4988 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD 0 a través de un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP) o con referido de un IHCP para consultar a un proveedor que no es IHCP. Para proveedores preferidos que no son IHCP: USD 4,000 por miembro; USD 8,000 por familia, por año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia pertenecen al plan, cada uno debe completar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia complete el deducible general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. La atención preventiva, las visitas al consultorio del médico, las radiografías, las pruebas de laboratorio, los estudios de imágenes, la operación ambulatoria, la atención en la sala de emergencias, el transporte médico de emergencia, la atención de urgencia, los servicios de salud mental y por toxicomanías para pacientes ambulatorios, las visitas para el cuidado de la salud en el hogar, los servicios de habilitación y de rehabilitación para pacientes ambulatorios, el equipo médico duradero, los servicios de cuidados paliativos, y los servicios odontológicos y de la vista para niños están cubiertos antes de que usted complete el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted todavía no haya completado el monto del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted complete el deducible. Para ver una lista de los servicios preventivos cubiertos, visite https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	USD 0 a través de un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP) o con referido de un IHCP para consultar a un proveedor que no es IHCP. Sí, deducible de farmacia preferida: USD 300 por miembro; USD 600 por familia, por año calendario. Se aplica deducible de farmacia a los niveles 1-4. No hay otros deducibles específicos.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del deducible antes de que el plan empiece a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el desembolso máximo de este plan?	Para proveedores preferidos que no son IHCP: USD 7,800 por persona; USD 15,600 por familia, por año calendario.	El desembolso máximo es la cantidad máxima que usted pagará en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan, estos tienen que completar sus propios desembolsos máximos hasta que se complete el desembolso máximo general de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, facturación del saldo, multas por falta de certificación y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, estos no se tendrán en cuenta para el desembolso máximo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Para obtener la lista de **proveedores preferidos** que no son IHCP, consulte www.myhealthnetca.com/findadoctor o llame al 1-888-926-4988.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza proveedores de la red del plan. Usted pagará lo máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor le cobró y lo que el plan paga. (Esto se llama facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar algún proveedor fuera de la red para algunos servicios, como los de laboratorio. Consulte a su proveedor antes de recibirlos.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un referido.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor preferido (Usted pagará más)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	USD 40/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP.
	Visita al especialista	Sin cargo	USD 80/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP.
	Atención preventiva/examen colectivo/ vacuna	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Laboratorio: USD 40/visita No se aplica el deducible. Radiografías: USD 85/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	USD 325/procedimiento No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250.No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor preferido (Usted pagará más)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** en www.myhealthnetca.com/druglist.	Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1)	Sin cargo	USD 16/orden minorista; USD 32/orden por correo después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Suministro/orden: hasta 30 días (minorista); 31-90 días (por correo), salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos o se le aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, salvo en caso de atención de emergencia. Se aplica deducible de farmacia: USD 300 por miembro; USD 600 por familia. Los límites descritos se aplican únicamente a los medicamentos adquiridos en farmacias de la red que no son IHCP.
	Medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos (nivel 2)	Sin cargo	USD 60/orden minorista; USD 120/orden por correo después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Sin cargo	USD 90/orden minorista; USD 180/orden por correo después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Sin cargo	Coseguro del 20% hasta USD 250 por receta después de que se haya completado el deducible de farmacia.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Suministro/orden: suministro de 30 días en farmacia de especialidad, salvo si corresponden límites de cantidad. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos o se le aplicará una multa del 50% del precio mayorista promedio, salvo en caso de atención de emergencia. Se aplica deducible de farmacia: USD 300 por miembro; USD 600 por familia. Los límites descritos se aplican únicamente a los medicamentos adquiridos en farmacias de la red que no son IHCP.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor preferido (Usted pagará más)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Coseguro del 20% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación o se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 20% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios requieren certificación.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Cargo de instalaciones: USD 400/visita No se aplica el deducible. Servicios profesionales: Sin cargo	Cargo de instalaciones: USD 400/visita No se aplica el deducible. Servicios profesionales: Sin cargo	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Sin costo compartido en caso de internación.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	USD 250/traslado No se aplica el deducible.	USD 250/traslado No se aplica el deducible.	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP.
	Atención de urgencia	Sin cargo	USD 40/visita No se aplica el deducible.	USD 40/visita No se aplica el deducible.	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP.
Si lo hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 20% Puede aplicarse el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Se requiere certificación para una internación y para algunos servicios brindados durante la internación.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor preferido (Usted pagará más)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Sin cargo	Visitas al consultorio: USD 40 No se aplica el deducible. Visita que no sea al consultorio: Sin cargo	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. No se requiere certificación para los servicios de diagnósticos de salud mental y toxicomanías para pacientes ambulatorios, excepto para cirugía reconstructiva. Si se requiere certificación, pero no se obtiene, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
	Servicios internos	Sin cargo	Instalaciones: coseguro del 20% Médico: coseguro del 20% Puede aplicarse el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación para la atención que no es de emergencia, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	Coseguro del 20% Puede aplicarse el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP.
	Servicios de instalaciones de parto profesionales	Sin cargo	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor preferido (Usted pagará más)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	USD 45/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Limitado a 100 visitas por año calendario (los servicios de recuperación de las habilidades y rehabilitación en el hogar están cada uno limitados a 100 visitas separadas por año calendario) a través de proveedores preferidos que no son IHCP. Se requiere certificación para algunos servicios de salud en el hogar o se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	USD 40/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	USD 40/visita No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor preferido (Usted pagará más)	Proveedor que no es de atención médica indígena Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Coseguro del 20% No se aplica el deducible.	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no es IHCP con referido de un IHCP. Si no se obtiene certificación, se aplicará una multa de USD 250. No se requiere certificación para los servicios brindados por un proveedor de atención médica indígena (por sus siglas en inglés, IHCP), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o bien mediante un referido en virtud del programa de Atención Adquirida/Referida.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 visita por año a través de proveedores preferidos que no son IHCP.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Marcos seleccionados por el proveedor: 1 par por año calendario a través de proveedores preferidos que no son IHCP.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a un control cada 6 meses a través de proveedores preferidos que no son IHCP.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención de quiropráctico.
- Cirugía cosmética.
- Servicios odontológicos (adultos).
- Audífonos.
- Servicios para tratar la infertilidad.
- Cuidado a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Programas para bajar de peso (la exclusión no se aplica a las intervenciones conductuales de atención preventiva).

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Servicios de aborto.
- Acupuntura (cubierta cuando sea médicamente necesaria).
- Cirugía bariátrica (cubierta a través de la red de proveedores preferidos si se la considera médicamente necesaria).
- Atención de la vista de rutina (adultos) (exámenes/refracciones de ojos con fines de corrección de la visión).

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es la siguiente:

- Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272), https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html.
- Departamento de Seguros de California: 300 Capitol Mall, Suite 1600, Sacramento, CA 95814. Llame al número gratuito, (800) 927-4357, o ingrese en http://insurance.ca.gov/consumers.
- Oficina de Administración de Personal del Programa de Planes Multiestatales: https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html.

Para más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-926-4988. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:
Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con el Centro de Contacto con el Cliente de Health Net al 1-888-926-4988; envíe un formulario de queja a través de www.myhealthnetca.com; o presente una queja 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. Si tiene una queja contra Health Net, también puede comunicarse con la Unidad de Salud de la División de Comunicaciones con el Consumidor del Departamento de Seguros de California, 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. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de California con los datos de contacto ya mencionados.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:
Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-926-4988.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-4988.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-926-4988.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-926-4988.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo y los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Preste atención a los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	USD 4,000
Copago del especialista	USD 80
Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de parto profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total hipotético	**USD 12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD 0
Copagos	USD 0
Coseguro	USD 0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD 0
El total que Peg pagaría es	**USD 0**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

El deducible general del plan	USD 4,000
Copago del especialista	USD 80
Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total hipotético	**USD 7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD 0
Copagos	USD 0
Coseguro	USD 0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD 0
El total que Joe pagaría es	**USD 0**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

El deducible general del plan	USD 4,000
Copago del especialista	USD 80
Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total hipotético	**USD 2,500**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	USD 0
Copagos	USD 0
Coseguro	USD 0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	USD 0
El total que Mia pagaría es	**USD 0**

Nota: Estas cifras asumen que el paciente recibió atención de un proveedor IHCP o con un referido de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP. Si recibe atención de un proveedor que no sea IHCP sin un referido de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.