


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, <https://ambetter-es.westernskycommunitycare.com/2024-brochures.html> o llamar al 1-833-945-2029 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-945-2029 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | Por qué es importante:   |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?  | \$5,000 por individuo y \$10,000 por familia.  | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí, los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , las visitas al consultorio para obtener atención primaria, de especialistas o atención urgente y los medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de que satisfaga su <a href="#">deducible</a> , excepto por los medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) y especializados (Nivel 4). | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.  | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.  |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$8,950 por individuo y \$17,900 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .   | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.   |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.  | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Consulte la red de Ambetter from Western Sky Community Care. en <a href="#">find a provider</a> o llame al 1-833-945-2029 (TTY 711) para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.   | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija 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) |  |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto  | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del <a href="#">proveedor</a> de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica <a href="#">deducible</a> .                  |
|   | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No cubierto  | Cubierto sin límite.   |
|   | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                       | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No cubierto  | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <a href="#">plan</a> pagará.  |
| Si se realiza un examen   | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales<br>\$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para rayos X e imágenes de diagnóstico | No cubierto  | Es posible que se requiera autorización previa. No hay límite de cobertura. No se requiere autorización previa para los ultrasonidos de diagnóstico ginecológico u obstétrico. La falta de obtención de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en la reducción de los beneficios. |

| 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) |   |
|                            |  |   |  | <p>Los análisis y la prestación de servicios de atención médica para COVID-19 no tienen <a href="#">costo compartido</a>. Para obtener más detalles, consulte su póliza.</p> <p>El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.</p> |
|                            | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |

| 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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.westernskycommunitycare.com/2024formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.westernskycommunitycare.com/2024formulary">https://ambetter.westernskycommunitycare.com/2024formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel1)               | Vendedor genérico preferido: \$35 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Vendedor genérico: \$35 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto  | Puede ser necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 3 veces el precio de venta al por menor. La insulina o una alternativa medicamento necesaria no excederá un total de veinticinco dólares (\$25.00) para un suministro de treinta días. Nota: Ciertos <a href="#">medicamentos con receta</a> para <a href="#">atención preventiva</a> , el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su <a href="#">plan</a> para obtener más detalles |
|   | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)    | Al por menor: \$50 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto  | Puede ser necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 3 veces el precio de venta al por menor. La insulina o una alternativa medicamento necesaria no excederá un total de veinticinco dólares (\$25.00) para un suministro de treinta días. Los pagos hechos para los <a href="#">deducibles</a> o <a href="#">costos compartidos</a> por un tercero, tales como un cupón del fabricante del medicamento, no se considerarán parte de su <a href="#">deducible</a> o de sus costos máximos de bolsillo. Nota: Ciertos <a href="#">medicamentos con</a>  |
|   | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Al por menor: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta  | No 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="#">receta</a> para <a href="#">atención preventiva</a> , el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su <a href="#">plan</a> para obtener más detalles   |
|  | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)    | Al por menor: \$100 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto  | Puede ser necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. La insulina o una alternativa medicamento necesaria no excederá un total de veinticinco dólares (\$25.00) para un suministro de treinta días. Los pagos hechos para los <a href="#">deducibles</a> o <a href="#">costos compartidos</a> por un tercero, tales como un cupón del fabricante del medicamento, no se considerarán parte de su <a href="#">deducible</a> o de sus costos máximos de bolsillo. Nota: Ciertos <a href="#">medicamentos con receta</a> para <a href="#">atención preventiva</a> , el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su <a href="#">plan</a> para obtener más detalles. |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b> | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$300 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica               | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | \$300 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica               | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.  |

| 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)  |   |
| Si necesita atención médica inmediata  | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | \$300 <a href="#">Copago</a> / visita (\$150 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$150 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico) | \$300 <a href="#">Copago</a> / visita (\$150 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$150 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico) | Cubierto sin límite. No se permite la facturación del saldo si recibe atención fuera de la <a href="#">red</a> .  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | Con cobertura ilimitada. Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización previa; sin embargo, todo el transporte que no es de emergencia requiere autorización previa. Si recibe el servicio de un <a href="#">proveedor</a> de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la <a href="#">red</a> , puede ser que se le cobre un saldo. |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | Cubierto sin límite.  |
| Si necesita hospitalización  | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | \$300 <a href="#">Copago</a> / visita   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|  | Tarifas del médico/cirujano                         | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios               | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica para los demás servicios como paciente ambulatorio   | No cubierto   | Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el <a href="#">Proveedor</a> de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).   |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados             | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
| Si está embarazada   | Visitas al consultorio                              | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No cubierto   | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo  |

| 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) |   |
|   |   |  |  | del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).   |
|   | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto           | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
|   | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto           | \$300 <a href="#">Copago</a> / visita  | No cubierto  |   |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | \$50 <a href="#">Copago</a> / día; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año.   |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | Terapias física, ocupacional y de lenguaje: \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | Terapias física, ocupacional y de lenguaje: \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | \$100 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.   |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|   | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | \$100 <a href="#">Copago</a> / día; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto  | Podría requerirse autorización previa. Con cobertura ilimitada.   |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista                                | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 visita al año.   |
|   | Anteojos para niños   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 artículo al año.   |
|   | Control dental para niños                                       | No están cubiertos   | No están cubiertos                                 | -----Ninguno-----   |



### 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](#)).**

- Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental (Adulto)
- Atención dental (Niños)
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

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

- Acupuntura (Limitado a 20 visitas al año. Nota: Los límites de la acupuntura no se aplican cuando los servicios se proporcionan para fines de habilitación o rehabilitación.)
- Audífonos (Limitado a un audífono por oído cada 3 años.)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año. Nota: Los límites para quiroprácticos no se aplican cuando los servicios se proporcionan para fines de habilitación o rehabilitación.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con [pruebas de diagnóstico](#) destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)

**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: Ambetter from Western Sky Community Care a 1-833-945-2029 (TTY 711); Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674.; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); or Office of Personnel Management Multi-State Plan Program at <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. 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 <https://es.bewellnm.com> o llame al 1-833-862-3935.

**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: Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto (833) 415-0566

### **¿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 Corresponde**

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

### **Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-945-2029 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-945-2029 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-945-2029 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-945-2029 (TTY 711).

*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> | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$100   |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$300   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$5,000        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,200        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$6,260</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> | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$100   |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$300   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$2,100        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,120</b> |

### Fractura simple de Mia

(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> | \$5,000 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$100   |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$300   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$800          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$900          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,700</b> |

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