



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención de salud 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, visite <https://ambetter-es.azcompletehealth.com/2025-brochures.html> o llame al 1-888-926-5057 (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 1-888-926-5057 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0 con un <u>proveedor</u> de atención de salud indígena (IHCP) o con una <u>remisión</u> de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o \$6,000 por miembro/\$12,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gasto <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <u>atención de urgencia</u> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> (ver información adicional a continuación).	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para atención de <u>proveedores de la red</u> : \$8,500 por miembro/\$17,000 por familia. No se aplica a <u>proveedores fuera de la red</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , multas por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios y atención de salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc o llame al 1-888-926-5057 (TTY 711) para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una remisión del médico para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija 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
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo.	\$30 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Consulta con un especialista	Sin cargo.	\$60 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención preventiva/exámenes /vacunas	Sin cargo.	Sin cargo; deducible no se aplica	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	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	\$30 Copago / visita; deducible no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio 40% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo)	
			40% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio		
Si se realiza un examen	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.azcompletehealth.com/2025formulary .	Medicamentos genéricos	Sin cargo.	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$20 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo.	Nivel 2: Venta minorista: \$55 Copago	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo)	
			/ receta; deducible no se aplica		suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Sin cargo.	Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro	Sin cobertura	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.azcompletehealth.com/2025formulary .	Medicamentos de especialidad	Sin cargo.	Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo.	40% Coseguro	40% Coseguro	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP conremisión de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo)	
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	40% Coseguro	40% Coseguro	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación de saldo . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de urgencia	Sin cargo.	\$60 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo.	Visita al consultorio: \$30 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	\$30 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Puede requerirse autorización previa. Los costos compartidos no se aplican a servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible .
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del SBC (es decir, servicios de ultrasonido). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 42 visitas por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	Atención ambulatoria: 40% Coseguro Servicios hospitalarios 40% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas al año (combinadas para fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional, cardíaca y pulmonar para pacientes ambulatorios). Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo)	
					Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de habilitación	Sin cargo.	Pacientes ambulatorios: 40% Coseguro Pacientes hospitalizados: 40% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Equipos médicos duraderos	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios para enfermos terminales	Sin cargo.	40% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	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 miembro está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía cosmética.
- Programas para bajar de peso.
- Tratamiento de la infertilidad.

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

- Atención de quiropráctico (limitada a 20 visitas por año).
- Audífonos (limitado a 1 audífono por oído por año).
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Enfermería privada.

Sus derechos de mantener la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter from Arizona Complete Health, 1-888-926-5057 (TTY 711); Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548.; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, <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 de Salud. 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 ayudarle si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) 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](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) 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 tributario para primas](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito tributario para primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-926-5057 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-926-5057 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-926-5057 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-926-5057 (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](#) de salud. 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	\$6,000
■ Médico especialista copago	\$60
■ Hospital (centro) coseguro	40%
■ Otro coseguro	40%

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	\$0
El total que Peg pagaría es	\$0

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	\$6,000
■ Médico especialista copago	\$60
■ Hospital (centro) coseguro	40%
■ Otro coseguro	40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[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	\$0
El total que Joe pagaría es	\$0

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Médico especialista copago	\$60
■ Hospital (centro) coseguro	40%
■ Otro coseguro	40%

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 Mia pagaría es	\$0

Nota: Estas cifras suponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o tenía una [remisión](#) de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP. Si recibe atención de un [proveedor](#) que no sea IHCP sin la [remisión](#) de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.