



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado contribución) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.**

Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al **1-855-579-EVRY**. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al **1-855-579-EVRY** para solicitar una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas   | ¿Por qué es importante?   |
|--|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general?   | \$0 individual / \$0 familiar  | Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia tiene que alcanzar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar. Consulta la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer tus costos por los servicios que cubre este plan. |
| ¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?   | Sí. Atención preventiva, cuidado prenatal y postnatal de rutina, médico de atención primaria, especialista, visitas a domicilio, nutricionista, salud conductual, análisis de laboratorio, rehabilitación/habilitación ambulatoria y telemedicina. | Este <u>plan</u> incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> incluye determinados <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede consultar una lista de los <u>servicios de prevención</u> incluidos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?               | No.  | No tienes que cumplir con los <u>deducibles</u> para ciertos servicios. No hay que cumplir con otros deducibles para servicios específicos.   |
| ¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | \$5,250 individual / \$10,500 family<br><br>\$1,500 individual / \$3,000 family<br>(El <u>límite de desembolso de bolsillo</u> para farmacia)  | El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u>?</b></p> | <p>Contribuciones y servicios que este <u>plan</u> no cubre.</p>  | <p>Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u>.</p>   |
| <p><b>¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u>?</b></p>       | <p>Sí. Consulte en <a href="http://www.everyhealth.com">www.everyhealth.com</a> o llame al <b>1-855-579-EVRY</b> para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u>.</p> | <p>Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u>. Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u>. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor</u> que no forma parte de la red 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 paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor</u> que no forma parte de la red para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.</p> |
| <p><b>¿Necesita un <u>referido para consultar con un especialista</u>?</b></p>              | <p>No.</p>  | <p>Puede ver al <u>especialista</u> sin necesidad de un referido por escrito.</p>   |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.everyhealth.com/forms](http://www.everyhealth.com/forms).



Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el deducible, en caso de que este se aplique.

| Evento médico común   | Los servicios que podría necesitar   | Qué deberá pagar   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|--|--|---|---|
|   |  | <u>Proveedor que forma parte de la red</u><br>(usted pagará menos) | <u>Proveedor que no forma parte de la red</u><br>(usted pagará más) |   |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</b> | Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión  | Sin cargo  | 40% <b><u>de coseguro</u></b>                                       | Las visitas virtuales de telesalud están disponibles sin costo cuando el proveedor forma parte del red.   |
|   | Consulta con un <u>especialista</u>  | Sin cargo  | 40% <b><u>de coseguro</u></b>                                       | Puede haber limitación o un requisito de <u>autorización previa</u> .   |
|   | <u>Atención médica preventiva/examen de detección/vacuna</u>   | Sin cargo  | 40% <b><u>de coseguro</u></b>                                       | Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . |
|   | Clínica minorista (atención no urgente)  | 20% <b><u>de coseguro</u></b>                                      | 40% <b><u>de coseguro</u></b>                                       | Ninguna   |
| <b>Si tiene que hacerse una prueba</b>  | <u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre, etc.)  | Sin costo en el consultorio del médico.                            | 40% <b><u>de coseguro</u></b>                                       | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .  |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 20% <b><u>de coseguro</u></b>                                      | 40% <b><u>de coseguro</u></b>                                       | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . Si no obtiene <u>autorización previa</u> , el pago por la atención podría ser denegado.  |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en

[www.evryhealth.com/forms](http://www.evryhealth.com/forms).

**Evry Health PPO Premier Plus**

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <p><b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br/>Hay más información sobre la <b>cobertura para medicamentos con receta</b> disponible en <a href="http://www.evryhealth.com/formulary">www.evryhealth.com/formulary</a></p> | <p>Medicamentos genéricos (Nivel 1)</p>              | <p>Sin cargo para un suministro de 30 días (en farmacia minorista),</p> <p>Sin cargo para un suministro de 90 días (por pedido por correo)</p>                           | <p>50% <b>de coseguro</b> para un suministro de 30 días (en farmacia minorista).</p> <p>50% <b>de coseguro</b> para un suministro de 90 días (por pedido por correo).</p> | <p>La farmacia minorista está limitada a un suministro de 30 días. El pedido por correo está limitado a un suministro de 90 días.</p> <p>Se puede requerir <u>autorización previa</u> o terapia escalonada. Si no obtiene <u>autorización previa</u>, el pago por la atención podría ser denegado.</p> |
|   | <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)</p>    | <p>20% <b>de coseguro</b> para un suministro de 30 días (en farmacia minorista),</p> <p>20% <b>de coseguro</b> para un suministro de 90 días (por pedido por correo)</p> | <p>50% <b>de coseguro</b> para un suministro de 30 días (en farmacia minorista).</p> <p>50% <b>de coseguro</b> para un suministro de 90 días (por pedido por correo).</p> |  |
|   | <p>Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)</p> | <p>20% <b>de coseguro</b> para un suministro de 30 días (en farmacia minorista),</p> <p>20% <b>de coseguro</b> para un suministro de 90 días (por pedido por correo)</p> | <p>50% <b>de coseguro</b> para un suministro de 30 días (en farmacia minorista).</p> <p>50% <b>de coseguro</b> para un suministro de 90 días (por pedido por correo).</p> |  |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.evryhealth.com/forms](http://www.evryhealth.com/forms).

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
|   | <u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)                                    | 20% <b>de coseguro</b> para medicamentos especializados preferidos<br>20% <b>de coseguro</b> para medicamentos especializados no preferidos. | 50% <b>de coseguro</b> para medicamentos especializados preferidos. 50% <b>de coseguro</b> para medicamentos especializados no preferidos. | Limitado a un suministro de 30 días. Se puede requerir <u>autorización previa</u> o terapia escalonada. Si no obtiene <u>autorización previa</u> , el pago por la atención podría ser denegado.   |
| <b>Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados</b> | Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados) | 20% <b>de coseguro</b>   | 40% <b>de coseguro</b>   | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .  |
|   | Honorarios del médico o cirujano  | 20% <b>de coseguro</b>   | 40% <b>de coseguro</b>   | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .  |
| <b>Si requiere atención médica inmediata</b>                    | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                                       | \$300 <b>de copago</b> por consulta más 20% <b>de coseguro</b>   | \$300 <b>de copago</b> por consulta más 20% <b>de coseguro</b>   | La atención en la <u>sala de emergencias</u> por un proveedor fuera de la <u>red</u> está cubierta si los servicios son por una condición de emergencia.  |
|   | <u>Transporte médico de emergencia</u>  | 20% <b>de coseguro</b>   | 20% <b>de coseguro</b> por transporte  | Se requiere <u>autorización previa</u> para el transporte que no sea de emergencia. Si no obtiene <u>autorización previa</u> , el pago por la atención podría ser denegado. Los servicios de transporte de emergencia por un <u>proveedor fuera de la red</u> están cubiertos si los servicios son por una condición de emergencia. |
|   | <u>Atención médica inmediata</u>  | 20% <b>de coseguro</b>   | 40% <b>de coseguro</b>   | Ninguna   |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.evryhealth.com/forms](http://www.evryhealth.com/forms).

|  |  |   |                        |   |
|--|--|---|------------------------|---|
| <b>Si tiene una estadía en un hospital</b>   | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital) | 20% <u>de coseguro</u>  | 40% <u>de coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene <u>autorización previa</u> , el pago por la atención podría ser denegado. Sin embargo, no se requiere <u>autorización previa</u> para admisiones de emergencia.  |
|  | Honorarios del médico o cirujano                     | 20% <u>de coseguro</u>  | 40% <u>de coseguro</u> | Si no obtiene <u>autorización previa</u> , el pago por la atención podría ser denegado. Sin embargo, no se requiere <u>autorización previa</u> para admisiones de emergencia.   |
| <b>Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes no hospitalizados           | Sin cargo en la oficina; Puede aplicarse un 20% <u>de coseguro</u> para ciertos servicios ambulatorios. | 40% <u>de coseguro</u> | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .  |
|  | Servicios para pacientes internados                  | 20% <u>de coseguro</u>  | 40% <u>de coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene <u>autorización previa</u> , el pago por la atención podría ser denegado. Sin embargo, no se requiere <u>autorización previa</u> para admisiones de emergencia.  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                               | Sin cargo   | 40% <u>de coseguro</u> | Los gastos compartidos no aplican para ciertos servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicio, puede aplicarse un coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC que requieren autorización previa (p. ej., ultrasonido). |
|  | Servicios profesionales de parto o nacimiento        | 20% <u>de coseguro</u>  | 40% <u>de coseguro</u> |   |
|  | Servicios de parto o nacimiento en el centro         | 20% <u>de coseguro</u>  | 40% <u>de coseguro</u> |   |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.evryhealth.com/forms](http://www.evryhealth.com/forms).

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>          | Sin cargo  | 40% <b>de coseguro</b>   | 60 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para visitas adicionales.   |
|   | <u>Servicios de rehabilitación</u>          | Sin cargo  | 40% <b>de coseguro</b>   | 35 visitas por año calendario en total para terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . Si no obtiene <u>autorización previa</u> , el pago por la atención podría ser denegado. |
|   | <u>Servicios de habilitación</u>            | Sin cargo  | 40% <b>de coseguro</b>   |   |
|   | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 20% <b>de coseguro</b>   | 40% <b>de coseguro</b>   | 25 días por año calendario. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .  |
|   | <u>Equipo médico duradero</u>               | 20% <b>de coseguro</b> para prótesis implantadas quirúrgicamente; para todas las demás, 50% <b>de coseguro</b> .             | 40% <b>de coseguro</b> para prótesis implantadas quirúrgicamente; para todas las demás, 50% <b>de coseguro</b> . | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .  |
|   | <u>Cuidados paliativos</u>                  | Sin costo para cuidados paliativos en el hogar; 20% <b>de coseguro</b> para cuidados paliativos como paciente hospitalizado. | 40% <b>de coseguro</b>   | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .  |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos</b>                            | Examen de la vista para niños               | Sin cobertura  | Sin cobertura  | Ninguna   |
|   | Anteojos para niños                         | Sin cobertura  | Sin cobertura  | Ninguna   |
|   | Chequeo dental para niños                   | Sin cobertura  | Sin cobertura  | Ninguna   |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.evryhealth.com/forms](http://www.evryhealth.com/forms).

### Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

**Servicios que su plan generalmente NO incluye (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Atención dental
- Tratamiento para la infertilidad
- Aborto (excepto en el caso de un embarazo que, según certificación médica, represente un peligro de muerte para la mujer o un riesgo grave de deterioro sustancial de una función corporal principal si no se realiza un aborto.)
- Cirugía cosmética (excepto para la corrección de deformidades congénitas o para afecciones resultantes de lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades cuando sea médicamente necesario)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de servicio privado
- Cuidado de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (excepto en relación con la diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial o venosa crónica)

**Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).**

- Acupuntura hasta 5 visitas por año calendario sin autorización previa
- Atención quiropráctica hasta 5 visitas por año calendario sin autorización previa

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.everyhealth.com/forms](http://www.everyhealth.com/forms).

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: para cobertura de salud grupal, comuníquese con el plan, Evry Health Insurance Company of Texas al 1-855-579-EVRY o visite [www.evryhealth.com](http://www.evryhealth.com). Para la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA(3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros en 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Los planes de iglesias no están cubiertos por las normas federales de continuación de cobertura COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado para conocer sus posibles derechos a la continuación de la cobertura según la ley estatal. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Para la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA: Evry Health Insurance Company of Texas al 1-855-579-EVRY o visite [www.evryhealth.com](http://www.evryhealth.com), la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA(3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), y el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov). Para los planes de salud grupales del gobierno no federal y los planes de iglesias que sean planes de salud grupales, Evry Health Insurance Company of Texas al 1-855-579-EVRY o [www.evryhealth.com](http://www.evryhealth.com) o comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarte a presentar tu apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html).

### ¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

### ¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

### Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-579-EVRY.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-579-EVRY.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-579-EVRY.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-579-EVRY.

————— *To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.* —————

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.evryhealth.com/forms](http://www.evryhealth.com/forms).

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

|   |     |
|---|-----|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$0 |
| ■ <u>Copagos del especialista</u>       | \$0 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 20% |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 20% |

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicio:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto o nacimiento  
 Servicios de parto o nacimiento en el centro  
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

**Costo total en el ejemplo**      **\$8,300**

#### En este ejemplo, Peg debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i>                 |                |
|---|----------------|
| Deductibles                               | \$0            |
| Copagos                                   | \$0            |
| Coseguro *                                | \$1,660        |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                     | \$60           |
| <b>El total que debe pagar Peg es</b>     | <b>\$1,720</b> |

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

|   |     |
|---|-----|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$0 |
| ■ <u>Copagos del especialista</u>       | \$0 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 20% |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 20% |

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicio:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

**Costo total en el ejemplo**      **\$2,600**

#### En este ejemplo, Joe debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i>                 |            |
|---|------------|
| Deductibles                               | \$0        |
| Copagos                                   | \$0        |
| De coseguro *                             | \$0        |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> |            |
| Límites o exclusiones                     | \$0        |
| <b>El total que debe pagar Joe es</b>     | <b>\$0</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|   |           |
|---|-----------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$0       |
| ■ <u>Copagos del especialista</u>       | \$0       |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | \$300+20% |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 20%       |

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicio:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total en el ejemplo**      **\$5,800**

#### En este ejemplo, Mia debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i>                 |                |
|---|----------------|
| Deductibles                               | \$0            |
| Copagos                                   | \$300          |
| De coseguro                               | \$1,100        |
| <i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                     | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Mia es</b>     | <b>\$1,400</b> |

\* El coseguro se aplica al componente de instalaciones hospitalarias del costo total.