



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado.

Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite www.dc16trustfund.org o llame al 1-800-922-9902. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como la cantidad permitida, la facturación del saldo, el coaseguro, el copago, el deducible, el proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 1-800-922-9902 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	<p><u>Proveedores</u> de APPO: \$0</p> <p><u>Proveedores</u> que no pertenecen a APPO: \$500/ individual, \$1,000/ familia</p>	<p>En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u>, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> familiar general.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	<p>Sí. Servicios quiroprácticos, servicios de salud mental y dependencia química a través de Beat It!, <u>medicamentos recetados</u> para pacientes ambulatorios y cargos en las instalaciones de la sala de emergencias.</p>	<p>Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u>. Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u>. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u>. Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p>
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	<p>Sí. Dependiendo de la opción dental que elija, puede tener un <u>deducible</u> para servicios dentales bajo un <u>plan</u> separado. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.</p>	<p>Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que el <u>plan</u> dental comience a pagar por estos servicios.</p>
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	<p><u>Plan</u> médico <u>Proveedores</u> APPO: \$3,500 / individual, \$7,000 / familia <u>Medicamentos recetados</u> ambulatorios (dentro de la red): \$3,100 / individual, \$6,200 / familia</p>	<p>El límite de <u>desembolso</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u>, tienen que cumplir con sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de desembolso</u> general familiar.</p>
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso</u> ?	<p>El límite de <u>desembolso</u> por gastos médicos de APPO no incluye: <u>Primas</u>, cargos por <u>facturación de saldos</u>, cargos que exceden el precio de referencia, cargos de <u>proveedores</u> que no son APPO (excepto <u>servicios de emergencia por afecciones médicas de emergencia</u>), multas por no obtener una <u>autorización previa</u>, costos de <u>medicamentos recetados</u>, gastos dentales y de la vista y atención médica este <u>plan</u> no cubre. El límite de desembolso para <u>medicamentos recetados</u> no incluye: <u>Primas</u>, cargos por <u>facturación</u></p>	<p>Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso</u>.</p>

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
	de saldos, medicamentos recetados fuera de la red, medicamentos no incluidos en el formulario (a menos que se apruebe una excepción), gastos médicos, dentales y de la visión.	
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Visite www.anthem.com/ca o llame a la Oficina del Fondo del Fideicomiso al 1-800-922-9902 para obtener una lista de <u>proveedores</u> de APPO. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la tarjeta Anthem Blue fuera de California, visite www.bluecares.com o llame al 1-800-810-2583. Para beneficios de salud mental y dependencia química, contáctese con Beat it! al 1-800-828-3939.	Usted paga menos si usa un <u>proveedor</u> en la red de APPO. Usted paga más si utiliza un <u>proveedor</u> de la red PPO que no es un <u>proveedor</u> de APPO. Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <u>plan (facturación del saldo)</u> . Tenga en cuenta que sus <u>proveedores de la red</u> pueden 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 servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No. Sin embargo, se requiere la <u>autorización previa</u> de Care Counseling para recibir el nivel más alto de beneficios. Llame a Care Counseling al 1-800-999-1999 para obtener más información.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .

 Todos los costos de copago y coaseguro que se muestran en este cuadro son después de que se haya alcanzado su deducible, si se aplica un deducible.

Común Evento médico	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de APPO (Pagará menos)	Proveedor PPO que no es un proveedor APPO	Proveedor no PPO Pagará MÁS)	
Si visita la oficina o clínica de un <u>proveedor</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	<u>Copago</u> de \$20/ visita.	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Ninguno.
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$20/ visita (no se aplica si se obtiene una <u>autorización previa</u> del Servicio de Asesoramiento de Atención).	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Ninguno.
	<u>Cuidado preventivo/detec ción/ inmunización</u>	Sin cargo.	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios

Común Evento médico	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de APPO (Pagará menos)	Proveedor PPO que no es un proveedor APPO	Proveedor no PPO Pagará MÁS)	
					que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene un examen	Prueba <u>diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	<u>Copago</u> de \$20/ procedimiento (Ver visita al <u>especialista</u> , arriba).	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Los servicios de laboratorio que se obtienen en el consultorio de un proveedor pero que se envían a un laboratorio independiente para su procesamiento requieren un <u>copago</u> de laboratorio por separado (a menos que se obtenga una <u>autorización previa</u> de los Servicios de Asesoramiento de Atención).
	Imagenología (tomografías computarizadas, resonancias magnéticas)	<u>Copago</u> de \$20/ visita (Ver visita al <u>especialista</u> , arriba).	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Ninguno.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Puede obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.welldynex.com o llame al 1-888-479- 2000.	Medicamentos del formulario	Venta al por menor (suministro para 30 días): \$4 de <u>copago</u> / llenado Pedido por correo (suministro de 90 días): \$8 de <u>copago</u> / llenado	Debe pagar el 100% del costo en el momento de la compra y presentar un reclamo de reembolso. El plan reembolsará el costo del medicamento si lo llena en una farmacia <u>de la red</u> , menos el <u>copago</u> aplicable.		<ul style="list-style-type: none"> • El <u>deducible</u> no se aplica. Su <u>costo compartido</u> cuenta para el <u>límite de desembolso para medicamentos recetados</u>. • Si el costo del medicamento es menor que el <u>copago</u>, usted paga solo el costo del medicamento. • Sin cargo por los anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (o anticonceptivos de marca si un genérico es médicamente inadecuado). • Su <u>proveedor</u> puede solicitar una excepción al formulario si no puede tomar un medicamento del formulario.
	Medicamentos no incluidos en el formulario	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Usted paga el 100% de estos medicamentos, incluso <u>dentro de la red</u> (a menos que el PBM apruebe una excepción).
	<u>Medicamentos especializados</u>	<u>Copago</u> de \$20/llenado, más 20% de <u>coaseguro</u> .	No cubierto	No cubierto	Los medicamentos administrados por el médico y los medicamentos de infusión proporcionados en el marco de un

Común Evento médico	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de APPO (Pagará menos)	Proveedor PPO que no es un proveedor APPO	Proveedor no PPO Pagará MÁS)	
					programa de salud en el hogar requieren <u>autorización previa</u> para evitar la falta de pago.
Si tiene cirugía ambulatoria.	Tarifa de la instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	<u>Copago</u> de \$20/ visita (Ver visita al <u>especialista</u> , arriba).	Centro quirúrgico ambulatorio: 25% de <u>coaseguro</u> hasta \$350. Usted es responsable de todos los cargos de más de \$350. Hospital ambulatorio: <u>Coaseguro</u> del 50% hasta \$350, entonces usted es responsable de todos los cargos que superen los \$350.	Centro quirúrgico ambulatorio: 25% de <u>coaseguro</u> hasta \$350. Usted es responsable de todos los cargos de más de \$350. Hospital ambulatorio: Coaseguro del 50% más <u>facturación del saldo</u> hasta \$350, entonces usted es responsable de todos los cargos que superen los \$350.	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere la <u>autorización previa</u> de la cirugía electiva en un centro de cirugía ambulatoria para evitar una penalización del 25%. Las artroscopias, la cirugía de cataratas y las colonoscopias realizadas en una instalación para pacientes ambulatorios están sujetas a un cargo máximo permitido por la tarifa del centro de \$6,000 por artroscopia, \$2,000 por cirugía de cataratas y \$1,500 por colonoscopia. (Estos límites no se aplican a la cirugía en un centro de cirugía ambulatoria). Los cargos sobre estos límites no cuentan para el <u>límite de desembolso</u>. Usted es responsable por cualquier monto superior a \$350 por cirugía ambulatoria en un centro que no sea APPO.
	Honorarios médicos/ cirujanos	<u>Copago</u> de \$20/ visita (Ver visita al <u>especialista</u> , arriba).	50% de <u>coaseguro</u>	50% de <u>coaseguro</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención de urgencias</u>	<u>Copago</u> de \$100/viaje.	<u>Copago</u> de \$100/ visita. El <u>deducible</u> no se aplica.	<u>Copago</u> de \$100/ visita, más la <u>facturación del saldo</u> . El <u>deducible</u> no se aplica.	No se aplica el <u>copago</u> si lo trasladan al hospital en ambulancia profesional o si lo ingresan directamente en la sala de emergencias. Los servicios médicos/ profesionales pueden facturarse por separado.
	<u>Transportación Médica de Emergencia</u>	<u>Copago</u> de \$100/viaje.	<u>Copago</u> de \$100/ viaje.	<u>Copago</u> de \$100/ viaje.	Cubierto solo cuando la condición médica del paciente requiere asistencia de paramédicos y al primer hospital donde se administra el tratamiento. Los servicios médicos/ profesionales pueden facturarse por separado.
	<u>Atención de urgencias</u>	<u>Copago</u> de \$20/ visita (Ver visita al <u>especialista</u> , arriba).	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Los servicios médicos/ profesionales pueden facturarse por separado.

Común Evento médico	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de APPO (Pagará menos)	Proveedor PPO que no es un proveedor APPO	Proveedor no PPO Pagará MÁS)	
Si tiene una estadía hospitalaria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	Sin cargo.	<u>Coaseguro</u> de 50% (sin cargo si la condición es potencialmente mortal y lo ingresan en la sala de emergencias).	<u>Coaseguro</u> de 50% (sin cargo, excepto la <u>facturación del saldo</u> si la condición es potencialmente mortal y lo ingresan en la sala de emergencias hasta que sea médicamente seguro trasladarlo).	<ul style="list-style-type: none"> • La admisión que no sea de emergencia requiere la <u>autorización previa</u> de Anthem para evitar una penalización del 25%. • Las cirugías de reemplazo total de cadera o rodilla realizadas en el estado de California están sujetas a un cargo máximo permitido de \$30,000 por cirugía. • La tarifa de las instalaciones que no son de PPO para el reemplazo total de cadera y/o rodilla está sujeta a un pago máximo de \$350. • Los cargos sobre los límites del <u>plan</u> no cuentan para el <u>límite de desembolso</u>. • Habitación semiprivada cubierta.
	Honorarios médicos/ cirujanos	Sin cargo.	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Ninguno.
Si necesita servicios por atención de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo.	Himno: 50% de <u>coaseguro</u> . Beat It!: Sin cargo. El <u>deducible</u> no se aplica.	Himno: <u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> . Beat It!: 50% de <u>coaseguro</u> . El <u>deducible</u> no se aplica.	El <u>deducible</u> no se aplica a Beat It!.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo.	Himno: <u>Coaseguro</u> de 50% (ver fila con tarifa por estadía hospitalaria, arriba). Beat It!: Sin cargo (consulte la fila de honorarios del hospital, arriba). El <u>deducible</u> no se aplica.	<u>Coaseguro</u> de 50% (ver fila con tarifa por estadía hospitalaria, arriba).	La admisión que no sea de emergencia requiere la <u>autorización previa</u> de Anthem o Beat It! Para evitar una penalización del 25%. El <u>deducible</u> no se aplica a Beat It!.
Sí esta embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$20/ visita (Ver visita al <u>especialista</u> , arriba).	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	• El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> .

Común Evento médico	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de APPO (Pagará menos)	Proveedor PPO que no es un proveedor APPO	Proveedor no PPO Pagará MÁS)	
					<ul style="list-style-type: none"> • La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes de CBS (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/ nacimiento.	Sin cargo.	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Ninguno.
	Servicios de las instalaciones para parto/ nacimiento	Sin cargo.	<u>Coaseguro</u> de 50% (ver fila con tarifa por estadía hospitalaria, arriba).	<u>Coaseguro</u> de 50% (ver fila con tarifa por estadía hospitalaria, arriba).	Habitación semiprivada cubierta. La estadía en el hospital de más de 48 horas por parto vaginal o 96 horas por cesárea requiere la <u>autorización previa</u> de Anthem para evitar una multa del 25%.

Común Evento médico	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de APPO (Pagará menos)	Proveedor PPO que no es un proveedor APPO	Proveedor no PPO Pagará MÁS)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	<u>Copago</u> de \$10/ visita.	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Limitado a 100 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$20 de <u>copago</u> / proveedor / visita (consulte la visita al <u>especialista</u> , más arriba). Paciente interno: Sin cargo	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	La admisión como paciente interno requiere la <u>autorización previa</u> de Anthem para evitar una multa del 25%. Los <u>servicios de rehabilitación</u> para pacientes ambulatorios que superan las 25 visitas en el año calendario requieren la <u>autorización previa</u> de los Servicios de Asesoría de Atención para evitar la falta de pago.
	<u>Servicios de habilitación</u>	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Usted paga el 100% de estos servicios, incluso <u>dentro de la red</u> .
	<u>Visita de enfermería especializada</u>	Sin cargo.	<u>Coaseguro</u> de 50% (ver fila con tarifa por estadía hospitalaria, arriba).	<u>Coaseguro</u> de 50% (ver fila con tarifa por estadía hospitalaria, arriba).	La admisión como paciente interno requiere la <u>autorización previa</u> de Anthem para evitar una multa del 25%. Limitado a 100 días por año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Alquiler cubierto hasta precio de compra.
	<u>Servicio de hospicio</u>	Sin cargo.	50% de <u>coaseguro</u> .	<u>Coaseguro</u> del 50% más <u>facturación del saldo</u> .	Cubierto en caso de enfermedad terminal.
Si su hijo necesita atención dental u ocular.	Chequeo de visión infantil	No cubierto	No cubierto	Si elige cobertura de la vista, estará disponible bajo un <u>plan</u> de visión independiente a través de VSP.	
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto		
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	Si elige cobertura dental, estará disponible bajo un <u>plan</u> dental independiente a través de Delta Dental, DeltaCare USA o UHC.	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía cosmética• Atención dental (para adultos y niños) (disponible bajo un <u>plan</u> dental separado)• <u>Servicios de habilitación</u>• Tratamiento de infertilidad | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado a largo plazo• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Medicamentos no incluidos en el formulario (a menos que se apruebe una excepción) | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada• Atención de la vista de rutina (adulto y niño) (disponible bajo un <u>plan</u> de visión separado)• Programas de pérdida de peso (excepto los servicios preventivos requeridos por la reforma de salud) |
|--|---|---|

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor vea el documento de su plan).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (Hasta 25 visitas/año).• Cirugía bariátrica (se requiere <u>autorización previa</u>)• Atención quiropráctica (Hasta 25 visitas/año). | <ul style="list-style-type: none">• Audifonos (limitado a \$800 / dispositivo / oído cada 48 meses) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de rutina de los pies (para diabéticos dependientes de insulina) |
|---|---|--|

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de 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.

Sus derechos de reclamo y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se llama una queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: La Oficina del Fondo del Fideicomiso al 1-800-922-9902. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene una Cobertura Esencial Mínima por un mes, deberá hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud para ese mes.

¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito tributario de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

ESPAÑOL (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-922-9902.

TAGALO (tagalo): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-922-9902.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-922-9902.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-922-9902.

----- Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una muestra de situación médica, consulte la siguiente sección.-----

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguros) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de autoservicio.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

- El deducible total del plan \$0
- Copago especialista \$0
- Hospital (instalación) coaseguro 0%
- Otro copago (Formulario Rx) \$4

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
- Servicios profesionales de parto/ nacimiento.
- Servicios de las instalaciones para parto/ nacimiento
- Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
- Visita de especialista (*anestesia*)

Ejemplo de costo total	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducible	\$0
Copagos	\$30
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$40

Manejando la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de cuidado de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El deducible total del plan \$0
- Copago especialista \$0
- Hospital (instalación) coaseguro 0%
- Otro copago (Formulario Rx) \$4

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al médico de atención primaria (*incluyendo la educación sobre enfermedades*)
- Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
- Medicamentos recetados
- Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de costo total	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducible	\$0
Copagos	\$370
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es	\$400

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencia dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible total del plan \$0
- Copago especialista \$0
- Hospital (instalación) coaseguro 0%
- Otro copago (ER) \$100

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:

- Atención en la sala de emergencias (*incluyendo los suministros médicos*)
- Prueba diagnóstica (*rayos x*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*).

Ejemplo de costo total	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducible	\$0
Copagos	\$100
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$100