




El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominada [prima](#)) se le brindará por separado. Este documento es solo un resumen. Si desea más información sobre su cobertura u obtener una copia de sus términos completos, llame al 1-855-315-5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org/health-insurance-marketplace/know-the-details-2025/>. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#). Puede acceder al Glosario desde [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto es Importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0 en el <a href="#">proveedor</a> de atención médica para indígenas (IHCP) o con una <a href="#">referencia</a> de IHCP en un proveedor no IHCP; o \$1,800/persona o \$3,600/familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Se cubren los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , <a href="#">atención de urgencia</a> , salud mental/conductual y trastornos por uso de sustancias y medicamentos genéricos.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existe algún otro <a href="#">deducible</a> para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar la totalidad de los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> específico para que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por los servicios en cuestión.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$9,200/individual; \$18,400/familia	El <a href="#">límite de desembolso</a> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de desembolso</a> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que no está cubierta por este <a href="#">plan</a> .	Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el <a href="#">límite de desembolso</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="https://providersearch.communityhealthchoice.org">https://providersearch.communityhealthchoice.org</a> o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el monto cobrado por el <a href="#">proveedor</a> y el monto que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga presente que es posible que su <a href="#">proveedor de la red</a> use un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .

 Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará			Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Pagará lo mínimo)	Proveedor de la red que no sea IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red que no sea IHCP (Pagará el monto mayor)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica del <a href="#">proveedor</a></b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Sin cargo	\$15 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Ninguno
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Ninguno
	<a href="#">Cuidado preventivo/pruebas de detección</a> /vacunas	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, consulte el monto que pagará el <a href="#">plan</a> .
<b>Si le realizan una prueba</b>	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	\$15 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Ninguno
	Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios. No obtener la autorización correspondiente puede derivar en la denegación de beneficios.
<b>Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección</b> Puede obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/form">https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/form</a>	Medicamentos genéricos	Sin cargo	\$10 de <a href="#">copago</a> /receta (al por menor); \$25 de <a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo); no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el formulario para los niveles de costo compartido. El Nivel 1 incluye genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	\$50 de <a href="#">copago</a> /receta (al por menor); \$125 de <a href="#">copago</a> /recetas	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Es

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-2025.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará			Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Pagará lo mínimo)	Proveedor de la red que no sea IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red que no sea IHCP0 (Pagará el monto mayor)	
<a href="#">ulary-select-2025.pdf</a>			(pedidos por correo); no se aplica el <a href="#">deducible</a>		posible que necesite una <a href="#">autorización previa</a> para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el formulario. No obtener una <a href="#">autorización previa</a> para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el <a href="#">copago</a> genérico más la diferencia de costo entre el medicamento preferido y el genérico. El Nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos.
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo	\$100 de <a href="#">copago</a> /receta (al por menor); \$250 de <a href="#">copago</a> /receta (pedidos por correo)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El Nivel 3 incluye productos del formulario no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos).
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Sin cargo	40% de <a href="#">coseguro</a> /receta (al por menor)	Sin cobertura	Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). El Nivel 4 incluye <a href="#">medicamentos especializados</a> .
<b>Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-2025.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará			Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Pagará lo mínimo)	Proveedor de la red que no sea IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red que no sea IHCP0 (Pagará el monto mayor)	
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> /servicio de transporte	\$30 de <u>copago</u> /servicio de transporte	Requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios, como transporte aéreo, transporte terrestre que no sea de emergencia, traslados de instalación a instalación, fuera de la red y fuera del área.
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> /visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguno
Si debe permanecer internado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	\$15 de <u>copago</u> /visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> . 30% de <u>coseguro</u> para otros servicios de pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios; no obtener una <u>autorización previa</u> puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguno
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$30 de <u>copago</u> /incidente	Sin cobertura	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> según el tipo de servicio.
	Servicios del profesional durante la atención del parto	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías). Obligatorio

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-2025.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará			Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Pagará lo mínimo)	Proveedor de la red que no sea IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red que no sea IHCP (Pagará el monto mayor)	
	Servicios de la instalación durante la atención del parto	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede derivar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> según el tipo de servicio.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios; no obtener una <a href="#">autorización previa</a> puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a> /día 30% de <a href="#">coseguro</a> como paciente internado	Sin cobertura	Es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del <a href="#">plan</a> .

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-2025.pdf>

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Cuánto Pagará			Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Pagará lo mínimo)	Proveedor de la red que no sea IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red que no sea IHCP0 (Pagará el monto mayor)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Un examen oftalmológico de rutina por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	\$30 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del <a href="#">plan</a> .
	Chequeo odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno

### Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de los <a href="#">servicios excluidos</a> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto, con excepción de servicios limitados</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Chequeo odontológico para niños</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Atención de rutina de la vista (adultos)</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul>

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> .)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (35 visitas por año)</li> <li>• Audífonos (cada oído, cada tres años)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada (paciente internado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)</li> </ul>

**Sus Derechos para Extender la Cobertura:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación, se incluye la información de contacto de estos organismos: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 al 1-800-578-4677 o el emisor al 1-855-315-5386. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus Derechos de Presentación de Quejas y Apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estos reclamos se denominan [quejas](#) o [apelaciones](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por la [reclamación](#) médica en cuestión. En los documentos de su [plan](#) también encontrará información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) ante su [plan](#) por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

\* Si desea obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2024/05/eoc-deductible-2025.pdf>

### ¿Este plan le brinda Cobertura esencial mínima? Sí.

La [Cobertura Esencial Mínima](#) por lo general incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#) es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima de seguro médico](#).

### ¿Este plan cumple con las Normas de Valores Mínimos? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valores Mínimos](#), es posible que pueda acceder a un [crédito tributario de prima de seguro médico](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

### Asistencia con el idioma:

En Community Health Choice, estamos comprometidos a brindar servicios de atención médica accesibles y de alta calidad a una población diversa. Ofrecemos materiales traducidos y servicios de interpretación para garantizar una comunicación clara y eficaz con todos los miembros, más allá de su idioma principal. Capacitamos al personal para que sea consciente de las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones. Proporcionamos un aviso oral y por escrito a los consumidores con dominio limitado del inglés (LEP) en su idioma de preferencia informándoles de su derecho a recibir servicios de asistencia con el idioma y cómo obtenerlos.

### Servicios de Accesibilidad Lingüística:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-315-5386.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-315-5386.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-315-5386.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-315-5386.

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Información sobre estos Ejemplos de Cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden solo al titular.

### Peg está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

- El [deducible general del plan](#) \$1,800
- [Copago por especialista](#) \$30
- [Coseguro por hospital \(instalación\)](#) 30%
- Otros [coseguros](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios del profesional durante la atención del parto

Servicios del establecimiento durante la atención del parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Visita de [especialista](#) (anestesia)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos Compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,800
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Peg pagaría un total de</b>	<b>\$4,200</b>

### Control de diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible general del plan](#) \$1,800
- [Copago por especialista](#) \$30
- [Coseguro por hospital \(instalación\)](#) 30%
- Otros [coseguros](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre enfermedades)

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

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos Compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,800
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguro</a>	\$100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Joe pagaría un total de</b>	<b>\$2,400</b>

### Mia sufrió una fractura simple

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

- El [deducible general del plan](#) \$1,800
- [Copago por especialista](#) \$30
- [Coseguro por hospital \(instalación\)](#) 30%
- Otros [coseguros](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

[Atención en sala de emergencias](#) (incluidos los insumos médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Ejemplo de Costo Total</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos Compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,800
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$50
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Mia pagaría un total de</b>	<b>\$2,050</b>

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o mediante una [referencia](#) de IHCP en un proveedor no IHCP. Si usted recibe atención de un [proveedor](#) no IHCP sin una [referencia](#) de un proveedor IHCP, sus costos pueden ser mayores.

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