



El documento Summary of Benefits and Coverage (SBC, Resumen de beneficios y cobertura) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC 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 aparte.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.ibx.com/LGACBooklet](http://www.ibx.com/LGACBooklet) o llame al 1-800-ASK-BLUE (TTY: 711). Para obtener una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al 1-800-ASK-BLUE (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Para <u>proveedores dentro de la red</u> : \$3,000 por persona/\$6,000 por familia; para <u>proveedores fuera de la red</u> : \$5,000 por persona/\$10,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta cubrir el monto del <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 alcanzar su <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deducibles</u> que hayan pagado todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>cuidado preventivo</u> , atención primaria y atención de <u>especialistas</u> están cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance un <u>deducible</u> para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores dentro de la red</u> : \$7,900 por persona/\$15,800 por familia; para <u>proveedores fuera de la red</u> : \$10,000 por persona/\$20,000 por familia.	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el monto máximo que usted pagaría por año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos deben alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si se atiende con un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.ibx.com/find_a_provider">www.ibx.com/find_a_provider</a> o llame al 1-800-ASK-BLUE (TTY: 711) para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si se atiende con un <u>proveedor</u> que esté dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará el monto máximo si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre los cargos del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de que le brinde los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que desee sin una <u>derivación</u> .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de haber alcanzado su [deductible](#), en el caso de que se aplique un [deductible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (pagará la cantidad máxima)	
<b>Si visita la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</b>	Visita con un médico de cuidados primarios para tratar una lesión o enfermedad	\$30 por visita. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Telemedicina (del <a href="#">proveedor</a> de telemedicina designado, <a href="http://www.ibx.com/encontraratenciónahora">www.ibx.com/encontraratenciónahora</a> ): Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deductible</a> . Podrían aplicarse <a href="#">copagos</a> adicionales si recibe otros servicios en el consultorio de su <a href="#">proveedor</a> .
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$60/visita. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Podrían aplicarse <a href="#">copagos</a> adicionales si recibe otros servicios en el consultorio de su <a href="#">proveedor</a> .
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación</a>	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> . No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	Se pueden aplicar límites de edad y frecuencia. Para las <a href="#">pruebas de detección</a> de cáncer colorrectal, pagará \$750 por procedimiento con un <a href="#">proveedor</a> fuera de la red Preventive Plus. Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique qué servicios pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si se hace una prueba</b>	<a href="#">Pruebas diagnósticas</a> (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$60 por visita. No se aplica el <a href="#">deductible</a> . Análisis de sangre: \$60 por visita en los centros independientes. No se aplica el <a href="#">deductible</a> : \$120 por visita a los centros hospitalarios. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	No hay
	Estudios de imágenes (computed tomography [CT, exploraciones mediante tomografía computarizada]/positron emission tomography [PET, tomografía por emisión de positrones], magnetic resonance imaging [MRI, resonancia magnética])	\$200 por estudio. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Se requiere certificación previa para algunos servicios. * Consulte la sección "Información general". 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red.
<b>Si necesita medicamentos para</b>	Medicamentos genéricos	Farmacias minoristas/pedido por correo (suministro de medicamentos para 1-30 días)	Sin cobertura. Farmacias minoristas (suministro de medicamentos para un período)	Autorización previa por edad y límites de cantidad para ciertos medicamentos; límites de suministro diario en farmacias minoristas y

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

[www.ibx.com/LGIACBooklet](http://www.ibx.com/LGIACBooklet).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (pagará la cantidad máxima)	
<b>tratar su enfermedad o afección</b> Podrá encontrar más información acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados en <a href="http://www.ibx.com/ffm/formulary3v">http://www.ibx.com/ffm/formulary3v</a></a> .	Marca preferida	\$7 por surtido de receta. Pedido por correo (suministro de medicamentos para 31-90 días) \$14 por surtido de receta. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	de 1-30 días) 30% de reembolso. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	pedidos por correo. Los <a href="#">medicamentos especializados</a> autoadministrados incluidos en los beneficios de farmacia tienen límites de suministro para 30 días y podrían requerir el uso de farmacias especializadas preferidas.  * Consulte las secciones de <a href="#">medicamentos recetados</a> . <a href="#">Formulario</a> de valores, no todos los medicamentos están cubiertos. Un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento disponibles en Rite Aid o por correo, mismo costo compartido.
		Farmacia minorista o de pedido por correo (suministro de medicamentos para 1-30 días): 50% de <a href="#">coseguro</a> (máximo de \$125 por surtido de receta). Pedido por correo (suministro de medicamentos para 31-90 días) 50% de <a href="#">coseguro</a> (máximo de \$250 por surtido de receta). No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	Sin cobertura. Farmacias minoristas (suministro de medicamentos para un período de 1-30 días) 30% de reembolso. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	
	Medicamentos no preferidos	Farmacias minoristas/pedido por correo (suministro de medicamentos para 1-30 días): 50% de <a href="#">coseguro</a> (máximo de \$250 por surtido de receta). Pedido por correo (suministro para 31-90 días) 50% de <a href="#">coseguro</a> (máximo de \$500 por surtido de receta). No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	Sin cobertura. Farmacias minoristas (suministro de medicamentos para un período de 1-30 días) 30% de reembolso. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	
	Medicamentos especializados	Hogar/consultorio: \$150/inyección. No se aplica el <a href="#">deductible</a> . Ambulatorio: \$300/inyección. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Este monto de costo compartido es para medicamentos especializados inyectables o de terapia de infusión cubiertos por el beneficio médico. Por lo general, un profesional de la salud administra estos medicamentos en un consultorio o centro ambulatorio. Los <a href="#">medicamentos especializados</a> autoadministrados incluidos en los beneficios de farmacia se adhieren al costo compartido correspondiente a los medicamentos recetados en farmacias minoristas de acuerdo con el programa Specialty Pharmacy Program.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (pagará la cantidad máxima)	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$300/visita.	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Requiere autorización previa.* Consulte la sección "Servicios ambulatorios".
	Honorarios de médicos/cirujanos	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Es posible que se requiera certificación previa. * Consulte la sección "Información general". 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencia</a>	\$300/visita.	Cubierto dentro de la red.	No hay
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$150/transporte. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	Cubierto dentro de la red.	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$100/visita. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Los costos de la <a href="#">atención de urgencia</a> se basan en la atención recibida en un centro o establecimiento de <a href="#">atención de urgencia</a> designado, no en el consultorio del médico. Los costos pueden variar según el lugar en que reciba la atención.
<b>Si lo hospitalizan</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación)	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Se requiere certificación previa. 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red.
	Honorarios de médicos/cirujanos	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	
<b>Si necesita servicios de salud mental o conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Consultorio: \$60/visita. No se aplica el <a href="#">deductible</a> . Todos los demás servicios: \$60/visita. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	Consultorio: 50% de <a href="#">coseguro</a> . Todos los demás servicios: 50% de <a href="#">coseguro</a> .	Es posible que se requiera certificación previa. 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red.
	Servicios para pacientes internados	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Se requiere certificación previa. 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red.
<b>Si está embarazada</b>	Atención en el consultorio	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deductible</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Los costos compartidos de atención en el consultorio se aplican a la primera visita al obstetra únicamente. Según el tipo de servicios, podrían aplicarse <a href="#">copagos</a> o <a href="#">coseguros</a> adicionales. La atención de maternidad podría incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). Se requiere
	Servicios profesionales de parto	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	
	Servicios de centros para el parto	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	

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

[www.ibx.com/LGIACBooklet](http://www.ibx.com/LGIACBooklet)

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (pagará la cantidad máxima)	
<b>Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	10% de <u>coseguro</u> .	50% de <u>coseguro</u> .	notificación previa para la atención de maternidad.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$60/visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	50% de <u>coseguro</u> .	Se requiere certificación previa. 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red. 60 visitas por año de contrato combinadas dentro y fuera de la red. Los límites de visitas no se aplican a los servicios que se recetan para la atención por enfermedades mentales, enfermedades mentales graves y el tratamiento del abuso y dependencia de alcohol y drogas.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$60/visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	50% de <u>coseguro</u> .	20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red. Terapias físicas/ocupacionales: 30 visitas combinadas/año contractual. Terapia del habla: 20 visitas/año contractual. Todos los límites de visitas se combinan dentro y fuera de la red. Los límites de visitas no se aplican a los servicios que se recetan para la atención por enfermedades mentales, enfermedades mentales graves y el tratamiento del abuso y dependencia de alcohol y drogas.
		10% de <u>coseguro</u> .	50% de <u>coseguro</u> .	20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red. Terapias físicas/ocupacionales: 30 visitas combinadas/año contractual. Terapia del habla: 20 visitas/año contractual. Todos los límites de visitas se combinan dentro y fuera de la red. Los límites de visitas no se aplican a los servicios que se recetan para la atención por enfermedades mentales, enfermedades mentales graves y el tratamiento del abuso y dependencia de alcohol y drogas.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará la cantidad mínima)	Proveedor fuera de la red (pagará la cantidad máxima)	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>			Se requiere certificación previa. 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red. 120 visitas/año contractual. Los límites de visitas se combinan dentro y fuera de la red.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Se requiere certificación previa para los elementos seleccionados. * Consulte la sección "Información general". 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	10% de <a href="#">coseguro</a> .	50% de <a href="#">coseguro</a> .	Se requiere certificación previa. 20% de reducción de beneficios debido a la falta de certificación previa de los servicios BlueCard o fuera de la red.

**Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica**

Examen oftalmológico para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No hay
Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No hay
Examen odontológico para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No hay

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

Servicios que su <a href="#">plan</a> por lo general NO cubre (consulte el documento de su póliza o <a href="#">plan</a> para obtener más información y ver una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Servicios de enfermería privada</li> <li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>• Atención podológica de rutina</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul>

**Otros servicios cubiertos. (Puede haber limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su [plan](#)).**

• Acupuntura	• Tratamiento de la infertilidad (limitado a la inseminación artificial)	• Atención que no es de emergencia en viaje fuera de los EE. UU. Consulte <a href="http://www.bcbsglobalcore.com">www.bcbsglobalcore.com</a> .
• Atención quiropráctica		

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

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Si desea continuar con su cobertura después de que finalice, hay agencias que pueden ayudarlo. Para comunicarse con el [plan](#), llame al 1-800-ASK-BLUE (TTY: 711) o consulte la siguiente información de contacto de las agencias: En lo que respecta a la cobertura médica grupal sujeta a la Employee Retirement Income Security Act (ERISA, Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación), comuníquese con la Employee Benefits Security Administration (Administración de Protección de Prestaciones Laborales) del Department of Labor (DOL, Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). En el caso de los [planes](#) médicos grupales que no pertenecen al gobierno federal, comuníquese con el Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros) del Department of Health and Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos) al 1-877-267-2323, ext. 61565 o visite [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Las reglas federales de mantenimiento de la cobertura que establece la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) no cubren los [planes](#) ofrecidos por iglesias. Si la cobertura está asegurada, debe comunicarse con el ente regulador de seguros de su estado para conocer sus posibles derechos de mantenimiento de la cobertura en virtud de la legislación estatal. También podría tener otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [mercado de seguros médicos](#) de Pennsylvania, visite [www.Pennie.gov](http://www.Pennie.gov) o llame al 1-844-844-8040.

**Su derecho a presentar una queja o apelación:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene algún reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) ante su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con las siguientes entidades: En lo que respecta a la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o ingrese a [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). En el caso de los [planes](#) médicos grupales que no pertenecen al gobierno federal y los [planes](#) de la iglesia que son [planes](#) médicos grupales, contáctenos al 1-800-ASK-BLUE (TTY: 711). Si la cobertura está asegurada, también puede comunicarse con el Pennsylvania Insurance Department (Departamento de Seguros de Pennsylvania) al 1-877-881-6388 o consultar <http://www.insurance.pa.gov/Consumers>.

**¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí.**

Por lo general, la [cobertura esencial mínima](#) incluye [planes](#) de [seguro médico](#) disponibles a través del [Mercado de Seguros](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP, Programa de Seguro Médico para Niños), TRICARE y otras coberturas determinadas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario para las primas](#).

**¿Este plan cumple con los valores mínimos estándares? No.**

Si su [plan](#) no cumple con los [valores mínimos estándares](#), usted podría ser elegible para recibir un [crédito tributario para las primas](#) para ayudarlo a pagar el [plan](#) a través del [Mercado de Seguros](#).

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

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos del modo en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención médica concreta que usted reciba, de los precios que cobren sus [proveedores](#) y de muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deductibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted tendría que pagar según los distintos [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura propia únicamente.

### Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

<a href="#">Deductible general del plan</a>	\$3,000
<a href="#">Copago del especialista</a>	\$60
<a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>	10%
<a href="#">Otro coseguro</a>	10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

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

Servicios profesionales de parto

Servicios de centros para el parto

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

Visita a un [especialista](#) (anestesia)

**Costo total del ejemplo** \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
<a href="#">Deductibles</a>	\$3,000
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$4120</b>

### Control de la diabetes de tipo 2 de Joe

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

<a href="#">Deductible general del plan</a>	\$3,000
<a href="#">Copago del especialista</a>	\$60
<a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>	10%
<a href="#">Otro coseguro</a>	10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas en el consultorio de un [médico de cuidados primarios](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)

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

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

**Costo total del ejemplo** \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$2,520</b>

### Fractura simple de Mia

(atención en sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)

<a href="#">Deductible general del plan</a>	\$3,000
<a href="#">Copago del especialista</a>	\$60
<a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>	10%
<a href="#">Otro coseguro</a>	10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)

[Pruebas diagnósticas](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

**Costo total del ejemplo** \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
<a href="#">Deductibles</a>	\$1,200
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,800</b>

Nota: Estas cantidades suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), los costos podrían reducirse. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese al siguiente número: 1-800-ASK-BLUE (TTY: 711)

