



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le 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:** Se proporcionará por separado información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)). Esta información es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de todos los términos de la cobertura, llame al 1-833-422-4690. Para definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación de balance](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-833-422-4690 para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                               | Respuestas                                                                                                                                                                                                                        | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?                                                        | Dentro de la red: <b>\$0</b> para individuos/ <b>\$0</b> para familias. Fuera de la red: <b>\$5,000</b> para individuos/ <b>\$10,000</b> para familias                                                                            | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada uno de los familiares debe cumplir su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que los gastos totales por <a href="#">deducible</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> total para familias.                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su <a href="#">deducible</a> ?                | Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> está cubierta antes de que satisfaga su <a href="#">deducible</a> .                                                                                                                    | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha satisfecho el <a href="#">deducible</a> , pero podría aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin costo compartido y antes de que cumpla su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                             |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?                                    | Sí. Dentro de la red: <b>\$0</b> para individuos/ <b>\$0</b> para familias para cobertura de medicamentos recetados. No hay ningún otro <a href="#">deducible</a> específico.                                                     | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar dichos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> en este <a href="#">plan</a> ? | Dentro de la red: <b>\$0/\$0</b> y fuera de la red: <b>\$18,400</b> /fuera de la red: <b>\$36,800</b> para <a href="#">proveedores</a> participantes                                                                              | El <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límites de gastos que pagan de sus bolsillos</a> hasta satisfacer el <a href="#">límite de gastos que se pagan del bolsillo</a> total para familias.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Qué se excluye del <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> ?                      | <a href="#">Primas</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                  | Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                                       | Sí. Consulte <a href="http://www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families">www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families</a> o llame al 1-833-422-4690 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan ( <a href="#">facturación del balance</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para acudir a un <a href="#">especialista</a> ?            | No.                                                                                                                                                                                                                               | Puede acudir al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que aparecen en esta tabla implican que se ha satisfecho su [deducible](#) en el caso de que aplique un [deducible](#).

| Evento médico común                                                                                                                        | Servicios que puede necesitar                                                                                                        | Lo que usted pagará                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                            |                                                                                                                                      | Proveedor de la red<br>(Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si acude al consultorio o a la clínica del <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>                                             | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                                                                    | Sin cargo.                                | 50% luego del deducible                         | El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <a href="#">proveedores</a> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.                                                   |
|                                                                                                                                            | Visita a <a href="#">especialistas</a>                                                                                               | Sin cargo.                                | 50% luego del deducible                         | El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <a href="#">proveedores</a> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.                                                   |
|                                                                                                                                            | <a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a><br>vacunas                                                                 | Sin cargo.                                | 50% luego del deducible                         | Pueden aplicarse cronogramas de frecuencia y por edad. Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que pagará su <a href="#">plan</a> . |
| <b>Si se realiza una prueba</b>                                                                                                            | <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a><br>(radiografía, análisis de sangre)                                                          | Sin cargo.                                | 50% luego del deducible                         | ————ninguno————                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                            | Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (RM)) | Sin cargo.                                | 50% luego del deducible                         | Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos</a> | Medicamentos genéricos                                                                                                               | Sin cargo.                                | Sin cobertura.                                  | Autorización previa, edad y límites de cantidad para algunos medicamentos; límites en el suministro de días en los pedidos por correo y farmacias minoristas. Consulte más detalles en su póliza. Los genéricos de bajo costo estarán disponibles a un costo reducido.   |
|                                                                                                                                            | Medicamentos de marca preferidos                                                                                                     | Sin cargo.                                | Sin cobertura.                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                            | Medicamentos de marca no preferidos                                                                                                  | Sin cargo.                                | Sin cobertura.                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                            | <a href="#">Medicamentos</a>                                                                                                         | Sin cargo.                                | Sin cobertura.                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families](http://www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families).

| Evento médico común                                                                              | Servicios que puede necesitar                                 | Lo que usted pagará                    |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                  |                                                               | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                               |
| <a href="#">recetados</a> disponible en [www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families].     | <a href="#">especializados</a>                                |                                        |                                              |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si se realiza una cirugía para pacientes externos</b>                                         | Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio) | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                    |
|                                                                                                  | Honorarios de médicos y cirujanos                             | Sin cargo.                             | 0% luego del deducible                       | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                    |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                     | <a href="#">Atención médica en Sala de Emergencias</a>        | Sin cargo.                             | \$975/visita.                                | ————ninguno————                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>               | Sin cargo.                             | \$200/visita.                                | ————ninguno————                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                          | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Sus costos por recibir <a href="#">atención de urgencia</a> se basan en la atención recibida en un centro o instalación de <a href="#">atención de urgencia</a> designado.                                    |
| <b>Si lo hospitalizan</b>                                                                        | Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)       | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.                                                                                                                                              |
|                                                                                                  | Honorarios de médicos y cirujanos                             | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                         | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      |                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                  | Servicios para pacientes hospitalizados                       | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                        | Visitas al consultorio                                        | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Dependiendo del tipo de servicio, podría aplicar un <a href="#">copago</a> . La atención médica para la maternidad puede incluir las pruebas y los servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías). |
|                                                                                                  | Servicios profesionales para trabajo de parto/parto           | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      |                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                  | Servicios de                                                  | Sin cargo.                             | 50% luego                                    |                                                                                                                                                                                                               |

| Evento médico común                                                                               | Servicios que puede necesitar                        | Lo que usted pagará                    |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   |                                                      | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                   | instalaciones para trabajo de parto/parto            |                                        | del deducible                                |                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>          | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Limitada a 60 visitas por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.                                                               |
|                                                                                                   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | La terapia de rehabilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de rehabilitación y la terapia ocupacional de rehabilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios. |
|                                                                                                   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>            | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | La terapia de habilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de habilitación y la terapia ocupacional de habilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios.       |
|                                                                                                   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Limitada a 120 días por período de beneficios. Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.                                                                                                                           |
|                                                                                                   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Algunos artículos pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                                                                                |
|                                                                                                   | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | ————ninguno————                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>                                  | Examen de los ojos en niños                          | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | Una (1) visita de refracción por período de beneficios.                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                   | Anteos para niños                                    | Sin cargo.                             | 50% luego del deducible                      | 3 pares de anteojos (lentes/montura) o lentes de contacto por año calendario.                                                                                                                                                             |
|                                                                                                   | Revisión dental para niños                           | Sin cobertura.                         | Sin cobertura.                               | Sin cobertura.                                                                                                                                                                                                                            |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |                              |                                                                              |                                              |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| • Acupuntura                 | • Atención odontológica (adultos)                                            | • Atención de enfermería privada             |
| • Cirugía bariátrica         | • Audífonos                                                                  | • Atención oftalmológica de rutina (adultos) |
| • Revisión dental para niños | • Atención médica de larga duración                                          | • Atención de rutina de los pies             |
| • Cirugía estética           | • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Programas para la pérdida de peso          |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- |                          |          |                                                                                     |
|--------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| • Atención quiropráctica | • Aborto | • Tratamiento de la infertilidad (solo cubierto en caso de inseminación artificial) |
|--------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**Sus derechos de continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si quiere continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Seguro de Pensilvania. Podría también disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro de salud individual a través del [Health Insurance Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#). Para obtener más información sobre el [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#), visite [Pennie.gov](#) o llame al 1-844-844-8040.

**Sus derechos de reclamo y apelación:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también ofrecen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir ayuda, comuníquese con el plan al 1-833-422-4690.

#### ¿Ofrece este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye los [planes](#), el [seguro de salud](#) disponible a través del [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#) u otras políticas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y determinada otra cobertura. Si reúne los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no reúna los requisitos para el [crédito fiscal para primas](#) <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>.

#### ¿Cumple esta cobertura con las normas de valor mínimo? No corresponde

Si su [plan](#) no satisface las [normas de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Marketplace \(Mercados de Seguros de Salud\)](#).

#### Servicios de acceso en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-422-4690.

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-422-4690.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-833-422-4690.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne'1-833-422-4690.

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

**Declaración de la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos (PRA, por sus siglas en inglés):** En conformidad con la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es de **0.08** horas por respuesta, como promedio, incluido el tiempo dedicado a revisar las instrucciones, la búsqueda de recursos de datos existentes, la recopilación de la información necesaria y el proceso de completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto a la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una calculadora de costos.** Los tratamientos mostrados son simplemente ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura para uno mismo.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital)

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$0 |
| ■ <a href="#">Copago</a> hospital (instalaciones)             | \$0 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | 0%  |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorio del [especialista](#) (*atención médica prenatal*)

Servicios profesionales para trabajo de parto/parto

Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto

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

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$13,405</b> |
|--------------------------------|-----------------|

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i>                     |            |
|---------------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$0        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |            |
| Límites o exclusiones                       | \$0        |
| <b>La cantidad total que Peg pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

### Tratamiento de la diabetes de tipo 2 de Joe

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

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$0 |
| ■ <a href="#">Copago</a> hospital (instalaciones)             | \$0 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | 0%  |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)

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

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$8,216</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i>                     |            |
|---------------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$0        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |            |
| Límites o exclusiones                       | \$0        |
| <b>La cantidad total que Joe pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$0 |
| ■ <a href="#">Copago</a> hospital (instalaciones)             | \$0 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | 0%  |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluidos suministros médicos*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

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

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,408</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i>                     |            |
|---------------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$0        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |            |
| Límites o exclusiones                       | \$0        |
| <b>La cantidad total que Mia pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

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