



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://benefits.wincofoods.com/>. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/glossary/> o llamar al 1-800-937-8063 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                     | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Por qué esto es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                            | <u>Dentro de la red:</u> \$175 de cobertura médica individual / \$525 de cobertura médica familiar.<br><u>Fuera de la red:</u> \$350 de cobertura médica individual / \$1,050 de cobertura médica familiar.                                                                                         | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los <a href="#">gastos deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.                                                                    |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                 | Sí. <u>Los servicios de atención preventiva</u> están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</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 alcance 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> .                                                                                                                                                                     |
| ¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                     | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar estos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | <u>Dentro de la red:</u> médico: \$1,175 individual / \$3,525 familiar; receta: \$8,425 individual / \$15,675 familiar; sala de emergencias: \$1,000 individual / \$2,000 familiar.<br><u>Fuera de la red:</u> médico \$2,350/individuo; sala de emergencias \$1,000 individual / \$2,000 familiar. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> , hasta que <a href="#">se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de la familia</a> .<br><br>Cada copago de la sala de emergencias se aplica al máximo de desembolso de la sala de emergencias por separado. Otros servicios de la sala de emergencias se aplican al deducible médico y al desembolso médico máximo. |
| ¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?                | <u>Primas</u> , <u>cargos de facturación de saldos</u> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                    | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Pagará menos si usa un                                                                   | Sí. Ver <a href="https://www.bcidaho.com/">https://www.bcidaho.com/</a> o                                                                                                                                                                                                                           | Este <a href="#">plan</a> utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la red del plan. Pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Preguntas importantes                                                                 | Respuestas                                                                       | Por qué esto es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">proveedor de la red?</a>                                                  | llame al 1-800-937-8063 para obtener una lista de proveedores de <u>la red</u> . | <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                              | Puede ver a un <u>especialista</u> sin permiso o una <u>referencia</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                         |



Todos los costos [de copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

| Evento médico común                                                                                                    | Servicios que puede necesitar                                                                       | Lo que pagarás                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                        |                                                                                                     | Proveedor de la red<br>(Pagarás lo menos)                                                                                                                                                                                                 | Proveedor fuera de la red<br>(Pagarás más)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Si visita el consultorio o la clínica <a href="#">de un proveedor de atención médica</a>                               | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                                     | 20% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                                                                                           | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                        | <a href="#">Visita al especialista</a>                                                              | 20% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                                                                                           | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                | Manipulaciones espinales limitadas a 20 / año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                        | <a href="#">Atención preventiva / detección</a> / inmunización                                      | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                                 | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                | Es posible que deba pagar por servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <a href="#">plan</a> . Sin cargo dentro de la red por una prueba complementaria de detección de cáncer de mama si tiene un mayor riesgo de cáncer. |
| Si se hace una prueba                                                                                                  | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a><br>(radiografías, análisis de sangre)                         | 20% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                                                                                           | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                | No requiere <a href="#">autorización previa</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                        | Imágenes (tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas) | 20% <a href="#">de coseguro</a>                                                                                                                                                                                                           | 30% <a href="#">de coseguro</a>                                                | No requiere <a href="#">autorización previa</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección<br>Más información sobre la <a href="#">cobertura</a> de | Medicamentos genéricos                                                                              | <b>Venta al por menor:</b> 15% <a href="#">de coseguro</a> , mínimo de \$5 al por menor. <b>Pedido por correo:</b> <a href="#">copago</a> de \$5 por suministro para 30 días, <a href="#">copago</a> de \$10 por suministro para 30 días. | Costo total del medicamento; puede enviar un reembolso por el costo calculado. | Puede requerir <a href="#">autorización previa</a> . Cubre hasta un suministro de 90 días.                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Evento médico común                                                                                                 | Servicios que puede necesitar                                    | Lo que pagarás                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                     |                                                                  | Proveedor de la red<br>(Pagarás lo menos)                                                                                                                                                                                                                                                         | Proveedor fuera de la red<br>(Pagarás más)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <a href="#">medicamentos</a> recetados está disponible en <a href="https://welldyne.com/">https://welldyne.com/</a> | Medicamentos de marca preferidos                                 | <b>*Venta al por menor:</b> 20% de <u>coseguro</u> , venta al por menor mínima de \$5. <b>Pedido por correo:</b> <u>copago</u> de \$15 por suministro para 30 días, <u>copago</u> de \$30 por suministro para 30 días.<br><br><b>*REQUISITO GENÉRICO OBLIGATORIO (ver Información Importante)</b> | Costo total del medicamento; puede enviar un reembolso por el costo calculado. | Puede requerir <u>autorización previa</u> . Cubre hasta un suministro de 90 días. <b>IMPORTANTE: El plan requiere el uso de genéricos cuando estén disponibles. Si surge un medicamento de marca donde hay genéricos disponibles, pagará el copago de marca MÁS la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca.</b> |
|                                                                                                                     | Medicamentos de marca no preferidos                              | <b>Venta al por menor:</b> 35% de <u>coseguro</u> , \$5 mínimo al por menor, <b>Pedido por correo:</b> \$25 de <u>copago</u> por suministro para 30 días, <u>copago</u> de \$50 por suministro para 30 días.                                                                                      | Costo total del medicamento; puede enviar un reembolso por el costo calculado. | Puede requerir <u>autorización previa</u> . Cubre hasta un suministro de 90 días.                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                     | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                      | <b>Pedido por correo:</b> <u>copago</u> de \$50 o costo real, lo que sea menor                                                                                                                                                                                                                    | Costo total del medicamento; puede enviar un reembolso por el costo calculado. | Puede requerir una <u>autorización previa</u> . Cubre hasta 30 días de suministro por correo.                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria                                                                              | Tarifa de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | centro de cirugía ambulatoria <u>con coseguro</u> del 10%<br>20% de <u>coseguro</u> todos los demás                                                                                                                                                                                               | 30% de <u>coseguro</u>                                                         | Puede requerir <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                     | Honorarios del médico/cirujano                                   | centro de cirugía ambulatoria <u>con coseguro</u> del 10%<br>20% de <u>coseguro</u> todos los demás                                                                                                                                                                                               | 30% de <u>coseguro</u>                                                         | Puede requerir <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Evento médico común                                                           | Servicios que puede necesitar                                  | Lo que pagarás                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                               |                                                                | Proveedor de la red<br>(Pagarás lo menos)                                                                                                                                                                                             | Proveedor fuera de la red<br>(Pagarás más)                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Si necesita atención médica inmediata                                         | <a href="#">Atención en la sala de emergencias (ER)</a>        | *copago de \$100 por visita + deducible + 20% <u>de coseguro</u><br><br>*El copago de \$100 es como un <b>recargo por usar los servicios de la sala de emergencias; consulte la información importante para obtener más detalles.</b> | *copago de \$100 por visita + deducible + 20% <u>de coseguro</u> | El <u>deducible dentro de la red</u> se aplica a los servicios <u>dentro</u> y fuera de la <u>red</u> .<br><br>El copago de la sala de emergencias tiene un desembolso máximo por separado: \$1,000 por persona/\$2,000 por familia. Otros cargos de la sala de emergencias se aplican al <b>deducible médico y al desembolso máximo</b> . |
|                                                                               | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 20% <u>de coseguro</u>                                           | Si el miembro no es transportado después de que se llama al servicio de emergencia, el servicio de ambulancia no está cubierto por el <u>plan</u> .                                                                                                                                                                                        |
|                                                                               | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 30% <u>de coseguro</u>                                           | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si tiene una estadía en el hospital                                           | Tarifa de la instalación (por ejemplo, habitación de hospital) | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 30% <u>de coseguro</u>                                           | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                               | Honorarios del médico/cirujano                                 | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 30% <u>de coseguro</u>                                           | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias | Servicios ambulatorios                                         | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 30% <u>de coseguro</u>                                           | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                               | Servicios para pacientes hospitalizados                        | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 30% <u>de coseguro</u>                                           | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si está embarazada                                                            | Visitas al consultorio                                         | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 30% <u>de coseguro</u>                                           | <u>Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar <u>un coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC.                                                                                          |
|                                                                               | Servicios profesionales de                                     | 20% <u>de coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                | 30% <u>de coseguro</u>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Evento médico común                                                              | Servicios que puede necesitar                        | Lo que pagarás                            |                                            | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                  |                                                      | Proveedor de la red<br>(Pagarás lo menos) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagarás más) |                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | parto/parto                                          |                                           |                                            |                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | Servicios de instalaciones de parto/parto            | 20% <u>de coseguro</u>                    | 30% <u>de coseguro</u>                     |                                                                                                                                                                    |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica domiciliaria</a>         | 20% <u>de coseguro</u>                    | 30% <u>de coseguro</u>                     | Limitado a 60 visitas/año.                                                                                                                                         |
|                                                                                  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | 20% <u>de coseguro</u>                    | 30% <u>de coseguro</u>                     | Limitado a 22 días de hospitalización al año.<br>Limitado a 50 visitas ambulatorias / año para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. |
|                                                                                  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>            | 20% <u>de coseguro</u>                    | 30% <u>de coseguro</u>                     | Incluye servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Terapia de neurodesarrollo limitada a 52 visitas/año.                                  |
|                                                                                  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | 20% <u>de coseguro</u>                    | 30% <u>de coseguro</u>                     | Limitado a 60 días de hospitalización al año.                                                                                                                      |
|                                                                                  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | 20% <u>de coseguro</u>                    | 30% <u>de coseguro</u>                     | Excluye modificaciones del vehículo, modificaciones en el hogar, ejercicio y equipos de baño.                                                                      |
|                                                                                  | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                | 20% <u>de coseguro</u>                    | 30% <u>de coseguro</u>                     | Cuidado de relevo limitado a 14 días / de por vida.                                                                                                                |
| Si su hijo necesita atención dental o oftalmológica                              | Examen de la vista de los niños                      | copago de \$10                            | Solo se reembolsan hasta \$45.             |                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | Gafas para niños                                     | asignación de \$150, cada 12 meses        | Solo se reembolsan hasta \$70.             |                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | Chequeo dental infantil                              | 0% de coseguro                            | 20% de coseguro                            |                                                                                                                                                                    |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b> |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura, rolfing, terapia de masaje o hipnosis</li><li>• Cirugía estética, excepto anomalías congénitas</li><li>• Atención dental, cubierta por el plan dental</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos</li><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Cuidados de larga duración</li><li>• Enfermería privada</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de la vista de rutina, cubierto por el plan de la vista</li><li>• Cuidado rutinario de los pies</li><li>• Hardware de visión, cubierto por el plan de visión</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul> |
| <b>Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a>).</b>                                                  |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li></ul>                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica</li></ul>                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li></ul>                                                                                                                                         |

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede comunicarse con el Plan al 1-800-937-8063. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja o apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o [queja por cualquier motivo a su plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: el [plan](#) al 1-800-937-8063 o visite <https://www.bcidaho.com/> o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1 (866) 444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Idaho llamando al 1 (208) 334-4250 o [www.doi.idaho.gov](http://www.doi.idaho.gov).

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? SÍ

La cobertura esencial mínima generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima](#).

### ¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? SÍ

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

**Servicios de acceso lingüístico:** Spanish (Español): <https://benefits.wincofoods.com>

### Acerca de estos ejemplos de cobertura:

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



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

### Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) es de \$175
- [Especialista](#) [[costos compartidos](#)] 20%
- Hospital (centro) [[costo compartido](#)] 20%
- Otros [[costos compartidos](#)] 20%

Este evento EXAMPLE incluye servicios como:

Visitas al consultorio [de especialistas](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales de parto/parto  
 Servicios de instalaciones de parto/parto  
[Pruebas](#) de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)  
[Visita al especialista](#) (anestesia)

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$175          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$             |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$1000         |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$96           |
| <b>El total que pagaría Peg es</b> | <b>\$1,271</b> |

### Manejo de la diabetes tipo 2 de

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) es de \$175
- [Especialista](#) [[costos compartidos](#)] 20%
- Hospital (centro) [[costo compartido](#)] 20%
- Otros [[costos compartidos](#)] 20%

Este evento EXAMPLE incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la educación sobre la enfermedad)  
[Pruebas](#) de diagnóstico (análisis de sangre)  
[Medicamentos](#) recetados  
[Equipo](#) médico duradero (medidor de glucosa)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$175          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$430          |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$980          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$             |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,585</b> |

### La simple fractura de Mia

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) es de \$175
- [Especialista](#) [[costos compartidos](#)] 20%
- Copago de la sala de emergencias \$100
- Hospital (centro) [[costo compartido](#)] 20%
- Otros [[costos compartidos](#)] 20%

Este evento EXAMPLE incluye servicios como:

Atención en [la sala de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)  
[Prueba diagnóstica](#) (radiografía)  
[Equipo](#) médico duradero (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos                 |              |
|------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$175        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$100        |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$525        |
| Qué no está cubierto               |              |
| Límites o exclusiones              | \$           |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$800</b> |

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos por EXAMPLE.

**Declaración de divulgación de PRA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es **de un promedio de 0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones 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.