

 El Resumen de beneficios y cubierta (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un **plan** médico. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cubierta, o para obtener una copia de los términos de cubierta completos, llamar a 1.888.758.1616 o al 787.281.2800. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr) o [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary), o llamar a 1.888.758.1616 o al 787.281.2800 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <b>plan</b> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <b>deducible</b> ?	Sí. Servicios preventivos.	Este <b>plan</b> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <b>deducible</b> . Sin embargo, es posible que se aplique un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre algunos <b>servicios preventivos</b> sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <b>deducible</b> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="http://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <b>deducible</b> por servicios específicos?	Si. Servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar). No hay otros <b>deducibles</b> por servicios específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <b>plan</b> ?	\$ 6,350 (individual) \$12,700 (familiar)	El <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <b>plan</b> , ellos tienen que cumplir su propio <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> hasta que se complete el total familiar del <b>límite a los gastos directos del bolsillo</b> .
¿Qué no incluye el <b>desembolso máximo</b> ?	Copagos en ciertos servicios, primas, cuidados de salud no cubiertos por el plan y los gastos de beneficios no esenciales.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <b>límite de gastos directos del bolsillo</b> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red médica</b> ?	Sí. Véa <a href="http://www.mcs.com.pr">www.mcs.com.pr</a> o llame al 1-888-758-1616 (libre de costo) o al 787-281-2800 (área metro) para una lista de <b>proveedores dentro de la red</b> .	Este <b>plan</b> tiene dos <b>redes de proveedores</b> . Usted pagará menos si acude a un proveedor en la Red VIP. Usted pagará más si acude a un proveedor en la Red PPO. Usted pagará lo máximo si acude a un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <b>plan</b> paga ( <b>facturación del saldo</b> ). Tenga en mente que su <b>proveedor dentro de la red</b> podría utilizar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <b>proveedor</b> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <b>especialista</b> ?	No.	Puede acudir al <b>especialista</b> de su preferencia sin <b>un referido</b> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <b>proveedor</b> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<b>Generalista:</b> \$0 copago por visita (Red VIP); \$0 copago por visita (Red PPO).	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Ninguna.
	Visita al <b>especialista</b>	<b>Especialista:</b> \$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO) <b>Subespecialista:</b> \$22 copago por visita (Red VIP); \$25 copago por visita (Red PPO).	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coseguro.	
	<b>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</b>	Ningún cargo por atención preventiva ni vacunas. <b>Examen colectivo:</b> \$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO) de especialista.		
Si se realiza un examen	<b>Prueba diagnóstica</b> (radiografía, análisis de sangre)	<b>Laboratorios:</b> 50% coseguro <b>Rayos X:</b> 75% coseguro		Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	75% coseguro		Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar). Requiere preautorización. <b>CT Scan/MRI:</b> uno (1) por región anatómica, por año póliza. <b>PET CT:</b> uno (1) por año póliza.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cubierta de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.mcs.com.pr">www.mcs.com.pr</a>	Medicamentos genéricos	<b>Punto de servicio:</b> Primer nivel: 15% de coaseguro, mínimo \$15 por receta; segundo nivel: 90% de coaseguro (preferidos)/ Primer nivel: 50% coaseguro; segundo nivel: 90% de coaseguro (no preferidos). <b>Por correo o por despacho a 90 días:</b> Primer nivel: 15% de coaseguro, mín. \$38 por receta; segundo nivel: 90% de coaseguro (preferidos)/ Aplica 50% coaseguro en primer nivel y 90% coaseguro en segundo nivel. (no preferidos).		<b>Niveles de cubierta de medicamentos:</b> Este plan tiene un primer nivel hasta un máximo de \$500 donde se aplican los copagos y coaseguros, y un segundo nivel donde aplica un 90% de coaseguro, después de alcanzar el primer nivel.  <b>Regla de despacho:</b> Si el médico y/o el asegurado solicita una receta de marca, existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de medicamento genérico correspondiente.
	Medicamentos de marcas preferidas	<b>Punto de servicio:</b> Aplica 50% coaseguro en primer nivel y 90% coaseguro en segundo nivel. <b>Por correo o por despacho a 90 días:</b> Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel.		<b>Despacho a 90 días:</b> Los asegurados tienen la opción de obtener sus medicamentos a través de un programa de suministro de 90 días con copago o coaseguro aplicable.
	Medicamentos de marcas no preferidas	<b>Punto de servicio:</b> Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel. <b>Por correo o por despacho a 90 días:</b> Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel.		El asegurado podrá acceder a medicamentos fuera del recetario con sólo \$1 de copago por receta, sujeto a que el médico indique en la receta "OTC" y el medicamento necesario.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	<b>Sólo en puntos de servicio:</b> Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel. (preferidos)/ Aplica 90% coaseguro en primer y segundo nivel. (no preferidos).		Los medicamentos especializados requieren preautorización. Aplican limitaciones de terapia escalonada, cantidad y especialidad. Vea el formulario de medicamentos aplicable a su plan*.  Una (1) inyección de glucagón y reemplazo, para los asegurados diagnosticados con diabetes mellitus tipo I.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<b>Facilidad ambulatoria:</b> 75% coaseguro	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	75% coaseguro para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria.
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<b>Accidente:</b> \$50 copago por visita <b>Enfermedad:</b> \$85 copago por visita	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<b>Ambulancia terrestre en PR:</b> MCS reembolsará hasta un máximo de \$80 por viaje. <b>Ambulancia aérea en PR:</b> Aplica 75% coaseguro de las tarifas establecidas entre MCS y el proveedor contratado.		<b>Ambulancia terrestre en PR y EEUU:</b> Máximo de reembolso \$80 por traslado entre hospitales. Traslados de emergencia se pagarán al proveedor.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	60% coaseguro		<b>Ambulancia aérea en PR:</b> 75% coaseguro.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<b>Hospitalización:</b> \$400 copago por admisión	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.		En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<b>Visita a psicólogo o psiquiatra:</b> \$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO)	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions.
	Servicios internos	<b>Hospitalización completa:</b> \$400 copago por admisión. <b>Hospitalización parcial:</b> \$200 copago por admisión.		Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 copago por visita (Red VIP); \$18 copago por visita (Red PPO) de especialista.	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Disponibles también para hijas dependientes. Aplica deducible por servicios de hospital, pruebas especializadas, laboratorios y rayos X: \$100 (individual) o \$200 (familiar).
	Servicios de parto profesionales	Ningún cargo.		

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$400 copago por admisión de hospitalización.		
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	75% coaseguro	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Máximo de cuarenta visitas por año póliza. Requiere preautorización.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	75% coaseguro		Veinte terapias por año póliza.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	75% coaseguro		Veinte terapias por año póliza.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	70% coaseguro	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 75% de coaseguro.	Requiere preautorización de Asuntos Clínicos.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	75% coaseguro		Requiere preautorización. <b>Solo cubre:</b> cama de posiciones, silla de ruedas estandarizada, oxígeno y equipo necesario para su administración. <b>Asegurados con Diabetes Mellitus Tipo I (con orden médica):</b> una bomba de insulina, un glucómetro cada tres años, 150 lancetas (cada mes) y 150 tirillas (cada mes).
<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	No cubierto	No está cubierto.		
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$10 copago por examen		<b>Menores de 21 años de edad:</b> Un examen de refracción por asegurado por año póliza.
	Anteojos para niños	0% coaseguro		<b>Menores de 21 años de edad:</b> Un par de espejuelos (lentes y montura) por año póliza o doce pares de lentes de contacto desechables al año.
	Chequeo dental pediátrico	0% en diagnóstico y preventivo de cubierta básica. Opción Dental 300: 20% de coaseguro en mantenedores de espacio, restaurativo, endodoncia, periodoncia y cirugía oral. En servicios de dentistas especialistas (endodncistas, periodoncistas y		<b>Menores de 21 años de edad:</b> Dos exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses). Un juego de radiografías de mordida y periapicales cada tres años. Tratamiento fluoruro cubierto como beneficio esencial.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		prostodoncistas) aplica 50% de coaseguro. 50% en prostodoncia. Máx. cubierta por año póliza: \$1,000.		

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado a largo plazo (<i>long term care</i>)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera privada</li> <li>• Programa para pérdida de peso</li> <li>• CPAP y BPAP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son emergencias fuera de EEUU.</li> <li>• Tratamientos de infertilidad</li> </ul> |
|---|---|---|

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura (a través de MCS Alivia)</li> <li>• Anteojos (espejuelos)</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los ojos (Adulto)</li> <li>• Cuidado dental (Adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los pies (Podiatras)</li> <li>• Quiropráctico</li> </ul> |
|--|---|--|

**Sus derechos a continuar con su cubierta:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cubierta cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico acceda a [www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr) o llame al 787.304.8686; para el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (CCIIO, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU acceda a [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o a llame al 1.877.267.2323 x. 61565; para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al [www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html](http://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html) o llame al 1.866.444.EBSA (3272). Podría tener también otras opciones de cubierta, como comprar cubierta de seguro individual a través del [mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: MCS Life Insurance Company ingresando al <http://www.mcs.com.pr> o llamando al número telefónico que aparece en la parte de atrás de su tarjeta, o llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182); para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, contacte a [www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr) o llame al 787.304.8686; o para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al [www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html](http://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html) o llame al 1.866.444.EBSA (3272).

### ¿Este plan proporciona cubierta esencial mínima? Sí

Si no tiene [cubierta esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cubierta médica ese mes.

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

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios lingüísticos:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

---

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*

**Acerca de los ejemplos de cubierta:**



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cubierta se basan solo en la cubierta individual.

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#)\* \$ 0
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 400
- Coseguro de pruebas diagnósticas 75%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

**Costo total hipotético \$ 13020**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 100
Copagos	\$ 731
Coseguro	\$ 570
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$ 1401</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#)\* \$ 0
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 400
- Coseguro de pruebas diagnósticas 50%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

**Costo total hipotético \$ 7389**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 100
Copagos	\$ 134
Coseguro	\$ 3222
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$ 3456</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#)\* \$ 0
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 400
- Coseguro de pruebas diagnósticas 75%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

**Costo total hipotético \$ 1929**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 0
Copagos	\$ 344
Coseguro	\$ 212
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$ 556</b>

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

**Nota:** \*Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cubierta. Vea arriba la línea “¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?” (pág. 1).