



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este 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](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.mcs.com.pr o 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:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y de atención primaria están cubiertos antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No hay otros deducibles por servicios específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$6,350 (individual) \$12,700 (familiar)	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que cumplir su propio límite a los gastos directos del bolsillo hasta que se complete el total familiar del límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	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 límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.mcs.com.pr o llame al 1-888-758-1616 (libre de costo) o al 787-281-2800 (área metro) para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan tiene dos redes de proveedores . 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 proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .

 Todos los [copagos](#) y el [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Generalista: \$0 copago por visita (Red VIP). \$0 copago por visita (Red PPO).	Cubierto por reembolso. Ver detalles en la página 8 de este documento.	.
	Consulta con un especialista	Especialista: \$10 copago por visita (Red VIP). \$13 copago por visita (Red PPO). Subespecialista: \$16 copago por visita (Red VIP). \$18 copago por visita (Red PPO).	Cubierto por reembolso. Ver detalles en la página 8 de este documento.	
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Ningún cargo por atención preventiva ni vacunas. Examen colectivo: \$10 copago de especialista. Por visita (Red VIP). \$13 copago de especialista. Por visita (Red PPO).	Cubierto por reembolso. Ver detalles en la página 8 de este documento.	Aplica \$0/0% cuando estos servicios estén definidos como servicios preventivos en las regulaciones federales y locales aplicables. Asegurados de 18 años en adelante podrán realizar dos visitas médicas con \$0 copago a los centros MCS Care Clubs para recibir atención preventiva. Vea Parte III de la póliza*. Usted deberá pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.mcs.com.pr.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				Luego, verifique cuánto pagará su plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorios: 25% coaseguro Rayos X: 30% coaseguro	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% coaseguro	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Requiere pre-autorización. CT Scan/MRI: uno (1) por región anatómica, por año póliza. PET CT: uno (1) por año póliza.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cubierta de medicamentos con receta en www.mcs.com.pr	Medicamentos genéricos	Punto de servicio: \$5 de copago (preferidos) / Aplica \$15 copago (no preferidos). Por correo: \$10 copago (preferidos) / Aplica copago \$30 (no preferidos). Por despacho a 90 días: \$13 de copago (preferidos) / Aplica \$38 copago (no preferidos).	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Niveles de cubierta de medicamentos: Este plan tiene un primer nivel hasta un máximo de \$900 donde se aplican los copagos y coaseguros, y un segundo nivel donde aplica un 90% de coaseguro , después de alcanzar el primer nivel. Regla de despacho: 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. Despacho a 90 días: Los asegurados tienen la opción de obtener sus medicamentos a través de un programa de suministro de 90 días con copago o coaseguro aplicable. Los medicamentos especializados requieren pre-autorización. 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.
	Medicamentos de marca preferidos	Punto de servicio: Aplica 40% coaseguro min \$20. Por correo: Aplica 40% coaseguro min \$40. Por despacho a 90 días: Aplica 40% coaseguro min \$50.		
	Medicamentos de marca no preferidos	Punto de servicio: Aplica 50% coaseguro min \$30. Por correo: Aplica 50% coaseguro min \$60. Por despacho a 90 días: Aplica 50% coaseguro min \$75.		
	Medicamentos de especialidad	Sólo en puntos de servicio: Aplica 89% coaseguro (preferidos) / (no preferidos).		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Facilidad ambulatoria: \$125 copago	Cubierto por reembolso. Ver detalles en la página 8 de este documento.	45% coaseguro para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria.
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo.		Ninguna.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.mcs.com.pr.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Accidente: \$40 copago por visita Enfermedad: \$100 copago por visita	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley y pagadas directamente al proveedor.	Ninguna. Ambulancia aérea en PR: El servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico estará cubierto de acuerdo con la necesidad médica que se establezca al momento de dar el servicio y a través de proveedores contratados.
	Transporte médico de emergencia	Ambulancia terrestre en PR: Cubierto, ambulancia terrestre de emergencia. No requiere pre-autorización. Ambulancia aérea en PR: Aplica 40% coaseguro de las tarifas establecidas entre MCS y el proveedor contratado.	Ambulancia terrestre: MCS Life pagará directamente al proveedor sea o no un proveedor participante.	
	Atención de urgencia	\$15 copago	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Hospitalización: Nivel 1: \$150 copago por admisión. Nivel 2: \$650 copago por admisión. Hospitalización por Accidente: Nivel 1: \$ 0 copago por admisión. Nivel 2: \$500 copago por admisión.	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Hospitalizaciones: Los hospitales contratados están clasificados en Nivel 1 y Nivel 2 con copagos diferentes. Para detalles, vea el Directorio de proveedores aplicable a su plan.
	Tarifas del médico/cirujano	Ningún cargo.		

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita a psicólogo o psiquiatra: \$0 copago por visita (Red VIP). \$0 copago por visita (Red PPO).	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Psicólogos o Psiquiatra: Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Hospitalización completa: Nivel 1: \$150 copago por admisión. Nivel 2: \$650 copago por admisión. Hospitalización por Accidente: Nivel 1: \$ 0 copago por admisión. Nivel 2: \$500 copago por admisión. Hospitalización parcial: \$50 copago por admisión. (Red PPO)	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Hospitalizaciones: Los hospitales contratados están clasificados en Nivel 1 y Nivel 2 con copagos diferentes. Para detalles, vea el Directorio de proveedores aplicable a su plan. Hospitalización parcial: Requiere PA.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 copago por visita (Red VIP). \$13 copago por visita (Red PPO) de especialista.	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	También están cubiertas las visitas al consultorio, los profesionales de parto/nacimiento y los servicios en las instalaciones. Disponibles también para hijas dependientes.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Ningún cargo.	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Nivel 1: \$150 copago por admisión de hospitalización. Nivel 2: \$650 copago por admisión de hospitalización.	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	40% coaseguro	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Cuidado de la salud en el hogar: Máximo de cuarenta (40) terapias por año póliza. Requiere pre-autorización. Quiropráctico: Veinte (20) manipulaciones por año póliza. Servicios de habilitación: Veinte (20) terapias por año póliza. Servicios de rehabilitación: Veinte (20) terapias por año póliza.
	Servicios de rehabilitación	\$10 copago		
	Servicios de habilitación	\$10 copago		
	Atención de enfermería especializada	25% coaseguro		
	Equipo médico duradero	40% coaseguro		
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No cubierto (Hospicio).		
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$5 copago por examen.	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Menores de 21 años de edad: Un examen de refracción por asegurado por año póliza.
	Anteojos para niños	0% coaseguro	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Menores de 21 años de edad: Un par de espejuelos (lentes y montura) por año póliza o doce pares de lentes de contacto desechables al año.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Control dental para niños	0% de coaseguro en diagnóstico y preventivo de cubierta básica.	Cubierto por reembolso. <u>Ver detalles en la página 8 de este documento.</u>	Menores de 21 años de edad: 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.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, **NO** cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cirugía cosmética • Cuidado a largo plazo (long term care) | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera privada • Programa para pérdida de peso | <ul style="list-style-type: none"> • CPAP y BiPAP • Tratamientos de infertilidad |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por reembolso:
Cuando reciba servicios en Puerto Rico y a través de un proveedor fuera de la red contratada, MCS Life reembolsará a la persona asegurada la cantidad que habría sido pagada si el tratamiento, servicios, despacho de medicamentos o abastos hubieran sido brindados por un proveedor participante de MCS Life, menos cualquier copago o coaseguro que aplique, excepto en casos de emergencia. El asegurado es responsable por la diferencia entre el costo facturado por el proveedor no participante, y cualquier copago o coaseguro que aplique, excepto en casos de emergencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos fuera del recetario (OTC)- \$1 • Acupuntura (a través de MCS Alivia) • Anteojos (espejuelos) • Cirugía bariátrica • Cuidado rutinario de los ojos (Adulto) • Cuidado dental (Adulto) • Cuidado rutinario de los pies (Podiatras) • Quiropráctico | <ul style="list-style-type: none"> • Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley. • 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 UnitedHealthcare. Aplica un 40% de coaseguro. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico acceda a www.ocs.pr.gov 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 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 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 o llame al 1-800-318-2596.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, 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.pr.gov 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 o llame al 1.866.444.EBSA (3272).

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados 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 herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$13
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$150
■ Otros [costo compartido]	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

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

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,520
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$663
Coseguro	\$290

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Peg pagaría es	\$953
------------------------------------	--------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$13
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$150
■ Otros [costo compartido]	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

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

[Medicamentos con receta médica](#)

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

Costo total del ejemplo	\$7,389
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$806
Coseguro	\$100

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$900
-----------------------	-------

El total que Joe pagaría es	\$1806
------------------------------------	---------------

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$13
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	\$150
■ Otros [costo compartido]	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

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

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$103
Coseguro	\$9

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$50
-----------------------	------

El total que Mia pagaría es	\$162
------------------------------------	--------------

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