




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 obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, Accolade al **1-844-287-3859** o visite el sitio web de BlueCross BlueShield of Illinois en [www.bcbsil.com/statefarm](http://www.bcbsil.com/statefarm). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-844-287-3859 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	<b>\$2,500</b> (sólo miembro) No aplica a atención preventiva o medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. El plan proporciona una cuenta de reembolso de gastos médicos ( <i>Health Reimbursement Account, HRA</i> , por sus siglas en inglés) de \$1,000, la cual reduce el deducible.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> y los <a href="#">medicamentos recetados</a> para pacientes ambulatorios están cubiertos antes de que cumpla su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Sí. <b>\$200</b> por cada visita a la sala de emergencias y <b>\$100</b> por cada hospitalización del paciente no notificada. No existen otros <a href="#">deducibles</a> específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<b>Servicios médicos:</b> Para proveedores participantes en una <i>PPO</i> : <b>\$5,000</b> individuo / <b>\$10,000</b> familia; Para proveedores no participantes en una <i>PPO</i> , <b>\$7,500</b> individuo / <b>\$15,000</b> familia; <b>Medicamentos recetados de consulta externa:</b>	El <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	<b>\$1,600</b> individuo / <b>\$3,200</b> familia; límite agregado de gastos directos del bolsillo para las farmacias participantes y no participantes.	
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Coseguro de Proveedores no participantes en una <i>PPO</i> para atención preventiva, primas, cargos de <a href="#">saldo facturado</a> ni atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubra.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Vea <a href="http://www.bcbsil.com/statefarm">www.bcbsil.com/statefarm</a> o llame al 1-844-287-3859 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios. El <a href="#">plan</a> se refiere a los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> como “Proveedores en una <i>PPO</i> ” (“ <i>PPO Providers</i> ”) y a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> como “Proveedores no participantes en una <i>PPO</i> ” (“ <i>Non-PPO Providers</i> ”).
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un referido.

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) 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 <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Todos los servicios que califiquen proporcionados por Proveedores <i>Non-PPO</i> , están sujetos a asignaciones Usuales y Habituales ( <i>U&amp;C</i> o <a href="#">UCR</a> , por sus siglas en inglés). Los cargos que sobrepasen las asignaciones <i>U&amp;C</i> no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Vea lo anterior con respecto a asignaciones <i>U&amp;C</i> .

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) (SPD), en [www.statefarmbenefits.com](http://www.statefarmbenefits.com).

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)	
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas	Sin cargo	40% <a href="#">coseguro</a>	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego revise lo que su <a href="#">plan</a> pagará. Las asignaciones U&C aplican a proveedores no participantes en una PPO. Los cargos que sobrepasen las asignaciones U&C no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> . Se requiere autorización previa para la obtención de imágenes.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) (SPD), en [www.statefarmbenefits.com](http://www.statefarmbenefits.com).

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)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> La compañía de coaseguros de los Medicamentos de receta es CVS Caremark.	Medicamentos genéricos	Al por menor: 20% de coaseguro compartido con un mínimo de \$10.00/ máximo de \$25.00 Por correo: 20% de coaseguro compartido con un mínimo de \$20.00/máximo de \$50.00	El reembolso se basará en el precio promedio del medicamento al por mayor y otros factores, menos 20% del seguro compartido.	El máximo al por menor es un suministro de 30 días; El máximo por correo es un suministro de 90 días; Usted puede usar una CVS/farmacia en lugar de ordenar por correo los medicamentos de mantenimiento (suministro de 90 días).
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: 30% de coaseguro compartido con un mínimo de \$10.00/ máximo de \$50.00 Por correo: 30% de coaseguro compartido con un mínimo de \$20.00/máximo de 100.00	El reembolso se basará en el precio promedio del medicamento al por mayor y otros factores, menos 30% del seguro compartido.	El máximo al por menor es un suministro de 30 días; El máximo por correo es un suministro de 90 días; Usted puede usar una CVS/farmacia en lugar de ordenar por correo los medicamentos de mantenimiento (suministro de 90 días).
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: 50% de coaseguro compartido con un mínimo de \$10.00/ máximo de \$75.00 Por correo: 50% de coaseguro compartido con un mínimo de 20.00/máximo de \$150.00	El reembolso se basará en el precio promedio del medicamento al por mayor y otros factores, menos 50% de coaseguro compartido.	El máximo al por menor es un suministro de 30 días; El máximo por correo es un suministro de 90 días; Usted puede usar una CVS/farmacia en lugar de ordenar por correo los medicamentos de mantenimiento (suministro de 90 días). Puede requerir el uso de medicamentos genéricos o de marca preferida antes de elegibilidad. Algunos medicamentos de marca no preferidos requieren una autorización previa o el costo del miembro es de 100%.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) (SPD), en [www.statefarmbenefits.com](http://www.statefarmbenefits.com).

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)	
Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en incluyendo listas de todos los medicamentos utilizados por el <a href="#">plan</a> , en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> (se requiere registrarse como miembro para tener acceso a su información de beneficios personalizada) o por teléfono al 1-800-388-2058.	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	30% <a href="#">coseguro</a> ; \$0 de su bolsillo para los participantes inscritos en el Programa de Copago PrudentRx	Sin cobertura	Los medicamentos de especialidad deben ser llenados a través de CVS Specialty Pharmacy. Se requiere autorización previa, entre otras herramientas de gestión de utilización que también pueden aplicarse. 30 días max. Llame a PrudentRx al 1-800-578-4403 para preguntas o para inscribirse o optar por no participar en el programa de copago.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Las asignaciones <i>U&amp;C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&amp;C</i> no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
	Tarifas del médico/cirujano	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	\$200 por cada visita a la sala de emergencias. Las asignaciones <i>U&amp;C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&amp;C</i> no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere un aviso antes de la admisión o se aplica un cargo de \$100. Las asignaciones <i>U&amp;C</i> aplican a los

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) (SPD), en [www.statefarmbenefits.com](http://www.statefarmbenefits.com).

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)	
	Tarifas del médico/cirujano	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&amp;C</i> no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Vea lo anterior con respecto a asignaciones <i>U&amp;C</i> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere un aviso antes de la admisión o se aplica un cargo de \$100. Las asignaciones <i>U&amp;C</i> aplican a los proveedores no participantes en una <i>PPO</i> . <i>U&amp;C</i> no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, el <a href="#">coseguro</a> podría aplicar. La atención perinatal puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del <i>SBC</i> (es decir, ultrasonido). Se requiere una notificación de admisión previa para estancias de pacientes internos o se aplica un cargo de \$100. Vea lo anterior con respecto a asignaciones <i>U&amp;C</i> .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) (SPD), en [www.statefarmbenefits.com](http://www.statefarmbenefits.com).

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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa. El beneficio máximo es de 50 visitas por año. Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Un máximo de 100 visitas por año combinadas para terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Cobertura de hasta 100 días de internación durante cada Período de beneficios de instalaciones con enfermería especializada ( <i>Skilled Nursing Facility Benefit Period</i> ) como lo define el <a href="#">plan</a> . Se requiere un aviso antes de la admisión. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Excluye modificaciones a una vivienda, vehículo u otra propiedad personal, equipo o programas de ejercicio. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	10% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa. Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	40% <a href="#">coseguro</a>	Para calificar debe ser parte de un examen pediátrico preventivo. Las asignaciones U&C aplican a los proveedores no participantes en una PPO. U&C no son aplicados a los <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> .
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Control dental para niños	Sin cargo	40% <a href="#">coseguro</a>	Para calificar debe ser parte de un examen pediátrico preventivo. Vea lo anterior con respecto a asignaciones U&C.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) (SPD), en [www.statefarmbenefits.com](http://www.statefarmbenefits.com).

## 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"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía cosmética</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado dental (adulto)</li><li>• Audífonos</li><li>• Cuidado a largo plazo</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado rutinario de la vista (adulto)</li><li>• Cuidado rutinario de los pies</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Programas para bajar de peso - Sin embargo, el control de la pérdida de peso y los medicamentos contra la obesidad serán elegibles siempre que se obtenga la preautorización antes de la dispensación del medicamento</li></ul> |
|--|---|--|---|

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"><li>• Cirugía bariátrica cuando se lleva a cabo en Azul Distinción Centros de Excelencia para Cirugía Bariátrica</li><li>• Cuidado quiropráctico (30 visitas por año)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de infertilidad (únicamente aquellos servicios para diagnosticar y tratar la infertilidad; la cobertura <b>no</b> incluye cargos como resultado de o incurridos en relación con la fertilización in vitro u otras formas de inseminación artificial.)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados de no emergencia al viajar fuera de los EE.UU.</li><li>• Servicio de enfermería particular (limitado a un beneficio máximo de 40 visitas por año cuando es recetado por un médico)</li></ul> |
|---|---|---|

**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: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (*Employee Benefits Security Administration*) del Departamento de Trabajo (*Department of Labor*) al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de coaseguro individual a través del [Mercado de coaseguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://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: BlueCross BlueShield of Illinois al 1-800-538-8833 para reclamos dicos, y CVS Caremark al 1-800-388-2058 para reclamos de medicamentos recetados. También se puede comunicar a la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿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 [insertar número de teléfono].]

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [insertar número de teléfono].]

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



## 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,500
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	10%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	10%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	10%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a> (reducidos por una HRA**)	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,070
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,570</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,500
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	10%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	10%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	10%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a> (reducidos por una HRA**)	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a> (medicamentos recetados)	\$1,300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,500</b>

### Fractura simple de Mía

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,500
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	10%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	10%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	10%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles*</a> (reducidos por una HRA**)	\$1,700
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$10
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,710</b>

\*Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. El ejemplo de una fractura simple incluye un cargo de \$200 por cada visita a la sala de emergencias. Ver la sección anterior "¿Hay otros deducibles por servicios específicos?". \*\*Estas cantidades muestran la reducción del deducible de \$2,500 por la HRA de \$1,000 que cubre gastos médicos que califiquen, desde el primer dólar. La HRA no aplica a medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. La contribución anual máxima de la HRA de un empleado con uno o más dependientes es de \$1,000. La HRA es prorrateada dependiendo de la fecha de vigencia de aquellos que ingresen al [plan](#) a mitad de año.