



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, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). 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.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> general?                                     | Proveedor preferido: \$2,500 por individuo/<br>\$5,000 por familia<br>Proveedor fuera de la red: \$5,000 por individuo/\$10,000 por familia                                               | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general de la familia antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?            | Sí, la <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.                                                                                 | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                         |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                    | No.                                                                                                                                                                                       | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?   | Proveedor preferido: \$4,500 por individuo/<br>\$8,500 por familia.<br>Proveedor fuera de la red: sin límite                                                                              | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).                                      | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la 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 <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.                                                                                                                                                                                       | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

 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<br>Proveedor preferido:<br>(Usted pagará el mínimo)                                                     | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>                                                                                                                                                                                         | Consulta de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                             | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                      | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Consulta con un <u>especialista</u>                                                                                         | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                      | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>                                                                               | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                                                                                | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.    |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                                                                                                                                                                                                 | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                                                           | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                      | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                      | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Se requiere <u>autorización previa</u> .                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b><br>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | Medicamentos genéricos preferidos                                                                                           | Al por menor: \$10 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$30 por <u>receta médica</u>                               | No está cubierto                                                             | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Los anticonceptivos no tienen costo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca preferidos                                                                                            | Al por menor: \$35 (beneficio mejorado de \$30) por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$90 por <u>receta médica</u>  | No está cubierto                                                             | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos no preferidos                                                                                                  | Al por menor: \$70 (beneficio mejorado de \$65) por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$195 por <u>receta médica</u> | No está cubierto                                                             | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Medicamentos especializados</u>                                                                                          | El <u>costo compartido</u> se aplica a los medicamentos genéricos preferidos, de marca preferidos o no preferidos.          | No está cubierto                                                             | Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.                                  |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                     | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                   | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                      | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Tarifas del médico/cirujano                                                                                                 | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                      | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                         |

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                          | Lo que usted pagará<br>Proveedor preferido:<br>(Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>               | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 20% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si recibe servicios de un <u>proveedor fuera de la red</u> . Se limita únicamente a emergencias iniciales.                                                       |
|                                                                                         | <u>Transporte médico de emergencia</u>                  | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 20% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | <u>Atención de urgencia</u>                             | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.                                                                                                                                |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                             | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.                                                                                                                                |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                   | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                 | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.                                                                                                                                |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                  | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Los <u>costos compartidos</u> no se aplican para los <u>servicios preventivos</u> . Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto   | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los costos compartidos de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre.        |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto   | 20% de <u>coseguro</u>                                                  | 40% de <u>coseguro</u>                                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre. |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará<br>Proveedor preferido:<br>(Usted pagará el mínimo)                              | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)                         | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>                     | 20% de <u>coseguro</u>                                                                               | 40% de <u>coseguro</u>                                                                               | Debe notificar a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estarán cubiertos.                                                                                                                                                                |
|                                                                                            | <u>Servicios de rehabilitación</u>                     | Paciente ambulatorio:<br>20% de <u>coseguro</u><br>Paciente hospitalizado:<br>20% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio:<br>40% de <u>coseguro</u><br>paciente hospitalizado:<br>40% de <u>coseguro</u> | Combinados con servicios de rehabilitación; paciente ambulatorio: límite de 45 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año; no está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                    |
|                                                                                            | <u>Servicios de rehabilitación</u>                     | Paciente ambulatorio:<br>20% de <u>coseguro</u><br>Paciente hospitalizado:<br>20% de <u>coseguro</u> | Paciente ambulatorio:<br>40% de <u>coseguro</u><br>paciente hospitalizado:<br>40% de <u>coseguro</u> | Combinados con servicios de rehabilitación; paciente ambulatorio: límite de 45 consultas por año. Paciente hospitalizado: límite de 30 días por año; no está cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                    |
|                                                                                            | <u>Atención de enfermería especializada</u>            | 20% de <u>coseguro</u>                                                                               | 40% de <u>coseguro</u>                                                                               | Límite de 60 días por año. Los límites se combinan entre las <u>redes</u> de proveedores preferidos y de <u>proveedores fuera de la red</u> . Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta. |
|                                                                                            | <u>Equipo médico duradero</u>                          | 20% de <u>coseguro</u>                                                                               | 40% de <u>coseguro</u>                                                                               | Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Es posible que no esté cubierto sin <u>autorización previa</u> .                                                                                                                 |
|                                                                                            | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | 20% de <u>coseguro</u>                                                                               | 40% de <u>coseguro</u>                                                                               | Debe notificar la hospitalización a Kaiser Permanente. De lo contrario, no estará cubierta.                                                                                                                                               |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                          | El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                            | El examen de refracción no tiene costo, el <u>deducible</u> no se aplica.                            | Limitado a 1 examen cada 12 meses                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                            | Anteojos para niños                                    | No está cubierto                                                                                     | No está cubierto                                                                                     | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | Control dental para niños                              | No está cubierto                                                                                     | No está cubierto                                                                                     | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                   |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o el documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ). |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Anteojos para niños</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos y niños)</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> <li>• Cuidados a largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas para perder peso</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](#)).**

- Acupuntura (se limita a 12 visitas por año)
- Atención quiropráctica (se limita a 12 visitas por año)
- Audífonos (límite de 1 audífono por oído cada 36 meses)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

**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 se muestra en la siguiente tabla. 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.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.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 los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

**Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:**

|                                                                                                          |                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente                                                             | 1-888-901-4636 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>                            |
| Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | 1-866-444-3272 o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros  | 1-877-267-2323 extensión 61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>         |
| Departamento de Seguros de Washington                                                                    | 1-800-562-6900 o <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>                   |

**¿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 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numeru telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

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



**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<br>(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          | Control de la diabetes tipo 2 de Joe<br>(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)                                                                                                                                                                                                        |         | Fractura simple de Mia<br>(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)                                                                                                                                                                                                         |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$2,500  | ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$2,500 | ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$2,500 |
| ■ <u>Coseguro</u> para el <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 20%      | ■ <u>Coseguro</u> para el <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 20%     | ■ <u>Coseguro</u> para el <u>especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20%     |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 20%      | ■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20%     | ■ <u>Coseguro</u> del hospital (instalaciones)                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 20%      | ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre)                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 20%     | ■ Otro <u>coseguro</u> (radiografía)                                                                                                                                                                                                                                                                           | 20%     |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas al consultorio del <u>especialista</u> ( <i>atención prenatal</i> )<br>Servicios profesionales para el nacimiento y el parto<br>Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto<br><u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>ecografías y análisis de sangre</i> )<br>Consulta con un <u>especialista</u> ( <i>anestesia</i> ) |          | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> ( <i>incluye la educación sobre enfermedades</i> )<br><u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>análisis de sangre</i> )<br><u>Medicamentos por recetas</u><br><u>Equipo médico duradero</u> ( <i>glucómetro</i> ) |         | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br><u>Atención en la Sala de Emergencias</u> ( <i>incluye suministros médicos</i> )<br><u>Exámenes de diagnóstico</u> ( <i>radiografías</i> )<br><u>Equipo médico duradero</u> ( <i>muletas</i> )<br><u>Servicios de rehabilitación</u> ( <i>fisioterapia</i> ) |         |
| Costo total del ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$12,700 | Costo total del ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$5,600 | Costo total del ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$2,800 |
| En este ejemplo, Peg pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | En este ejemplo, Joe pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         | En este ejemplo, Mia pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
| Costos compartidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | Costos compartidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         | Costos compartidos                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |
| <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$2,500  | <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$2,500 | <u>Deducibles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$2,500 |
| <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$10     | <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$400   | <u>Copagos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$1,800  | <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$70    | <u>Coseguro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$60    |
| Lo que no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          | Lo que no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | Lo que no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |
| Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$20     | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0     | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0     |
| El total que Peg pagaría es                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$4,330  | El total que Joe pagaría es                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,970 | El total que Mia pagaría es                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$2,560 |

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.