



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre la cantidad mensual que usted necesita pagar para participar en este plan (llamada la contribución) se proporcionará por separado.**

**Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visitar <http://netbenefits.com/merck> O llame al 1-800-666-3725. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <http://netbenefits.com/merck> o llamar a 800-666-3725 para solicitar una copia. Si hay un conflicto, el documento del plan determina los beneficios.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante  |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                    | Dentro de la red: <b>\$500</b> por persona/<br><b>\$1,000</b> por familia;<br>Fuera de la red: <b>\$1,000</b> por<br>persona/ <b>\$2,000</b> por familia  | 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. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> general de la familia.   |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?       | Sí, medicamentos recetados y servicios preventivos  | Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas 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 algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?              | No  | Usted no tiene que cumplir con <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ? | Dentro de la red, por bandas salariales:<br>Menos de \$60,000    \$1,500/\$3,000<br>\$60,001-\$100,000    \$2,500/\$5,000<br>\$100,001-\$150,000    \$3,500/\$7,000<br>Más de \$150,000    \$4,500/\$9,000<br>El límite fuera de la red es el doble de estos montos. Prescripción de drogas: \$1,500 persona/\$3,000 familia. | El <a href="#">límite de desembolso</a> es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tiene que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> personal hasta que se cumpla el <a href="#">límite de desembolso</a> familiar general.   |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                            | Primas, cargos por saldo, montos sobre límites razonables y habituales, y cargos no cubiertos.  | A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de su propio bolsillo</a> .  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Consulte <a href="http://www.horizonblue.com/merck">www.horizonblue.com/merck</a> o llame al 877-663-7258 para obtener una lista de <a href="#">proveedores participantes</a> . | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</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 <a href="#">proveedor</a> 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 proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No  | Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un referido.  |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#). Si se obtienen servicios de un proveedor fuera de la red, el coseguro se aplicará a la cantidad permitida, o lo que el plan llama límites razonables y habituales (R & C por sus siglas en inglés). Si utiliza un proveedor fuera de la red, también será responsable de cualquier cantidad superior a R & C.

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga                            |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|---|--|
|  |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)                    |  |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | 20% de <a href="#">coseguro</a>              | 30% de <a href="#">coseguro</a> de R&C                                | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | Visita al <a href="#">especialista</a>   | 20% de <a href="#">coseguro</a>              | 30% de <a href="#">coseguro</a> de R&C                                | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargos                                   | 30% de <a href="#">coseguro</a> de R&C; no está sujeto a el deducible | También es responsable de las cantidades superiores a R&C. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Entonces compruebe lo que su plan pagará. |
| Si se realiza un examen  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | 20% de <a href="#">coseguro</a>              | 30% de <a href="#">coseguro</a> de R&C                                | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 20% de <a href="#">coseguro</a>              | 30% de <a href="#">coseguro</a> de R&C                                | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <http://netbenefits.com/merck>.

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted paga   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|---|---|---|--|
|  |   | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)  |  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b><br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> | Medicamentos genéricos  | Minorista: \$10 de <u>copago</u> (\$0 de medicamentos y suministros para diabetes); Orden por correo: \$20 de <u>copago</u> (\$0 de copago por medicamentos y suministros para diabetes)  | Reembolso basado en un precio de medicamento negociado en la red, menos el <u>copago</u> correspondiente  | Venta al por menor: suministro hasta 30 días; Pedido por correo: suministro de hasta 90 días. \$ 1,500 por miembro / \$ 3,000 por familia fuera de bolsillo límite para los proveedores participantes.<br><br><u>Deducible</u> no se aplica.   |
|  | Medicamentos de marca Merck, incluidos los que se transfirieron a Organon, siempre que no haya un equivalente genérico (medicamentos de marca preferidos)     | \$0 de copago   | \$0 de copago   | Los medicamentos de la marca Organon tienen un copago de \$0 hasta fines de 2023, siempre que no haya un equivalente genérico.   |
|  | Medicamentos que no son de marca Merck/Organon y medicamentos de marca Merck/Organon que tienen un equivalente genérico (medicamentos de marca no preferidos) | Medicamentos de marca que no son de Merck ni de Organon cuando no hay un equivalente genérico: Minorista: 20% hasta un máximo de \$50 (\$10 de medicamentos y suministros para la diabetes); Orden por correo: 20% hasta un máximo de \$100 (\$20 de medicamentos y suministros para la diabetes) | Reembolso basado en un precio de medicamento negociado en la red, menos el <u>copago</u> correspondiente. Cualquier costo en exceso de las tarifas negociadas de la red no cuentan para el medicamento recetado límite máximo fuera de su bolsillo. | Medicamentos de marca Merck/Organon y no Merck/no Organon donde hay un genérico: Venta al por menor: coseguro del 40% hasta un máximo de \$ 100 (por receta); Pedido por correo: 40% <u>coseguro</u> hasta \$ 200 máximo (por receta). \$ 1,500 por miembro / \$ 3,000 por familia límite de desembolso personal para los proveedores participantes.<br><br><u>Deducible</u> no se aplica. |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>   | Igual que lo indicado anteriormente para los medicamentos genéricos y de marca.   | Igual que lo indicado anteriormente para los medicamentos genéricos y de marca.   | Ciertos medicamentos especiales sólo están disponibles por correo.   |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <http://netbenefits.com/merck>.

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga                            |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |  |
| Si se somete a una operación ambulatoria                         | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                 | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     | Es posible que se requiera autorización previa. También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
| Si necesita atención médica inmediata                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 20% de <u>coaseguro</u>                            | El transportista determina si el uso de la sala de emergencias cumple con la norma prudente del laico. El transportista debe ser contactado dentro de 48 horas para recibir beneficios dentro de la red.   |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 20% de <u>coaseguro</u>                            |  |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     | Ninguna  |
| Si le hospitalizan   | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)        | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     | Se requiere autorización previa. La falta de autorización previa podría resultar en no cobertura si se considera que la atención médica no es médicamente necesaria. También responsable de las cantidades sobre R & C.  |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                 | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     |  |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios  | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | Servicios internos   | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     | Se requiere autorización previa. También es responsable de las cantidades superiores a R&C.  |
| Si está embarazada   | Visitas al consultorio   | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     | Se requiere autorización previa. También responsable de las cantidades sobre R & C. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte de este SBC (por ejemplo, ultrasonido). |
|  | Servicios de parto profesionales                               | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     |  |
|  | Servicios de instalaciones de partos profesionales             | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                     |  |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <http://netbenefits.com/merck>.

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga                            |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|---|--|
|  |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)            |  |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                                | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                                | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                                | Sólo se aplicará la terapia de análisis de comportamiento aplicado (ABA) con el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Preautorización y necesidad médica requerida. |
|  | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                                | Hasta 120 días por año calendario. También es responsable de las cantidades superiores a R&C.  |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                                | También es responsable de las cantidades superiores a R&C.   |
|  | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | 20% de <u>coaseguro</u>                      | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C                                | La preautorización es necesaria para pacientes hospitalizados. También es responsable de las cantidades superiores a R&C.  |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico  | Sin cargos                                   | 30% de <u>coaseguro</u> de R&C; no está sujeto a el deducible | Un examen cada 24 meses.   |
|  | Anteojos para niños  | No cubierto                                  | No cubierto   | Ninguna  |
|  | Chequeo dental pediátrico  | No cubierto                                  | No cubierto   | Ninguna  |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

**Servicios Que Su [Plan](#) Generalmente NO Cubre (Consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)**

- Cargos de cirugía estética que no son médicamente necesarios o no son necesarios debido a un accidente o enfermedad o no corregir el defecto de nacimiento del niño que causó un trastorno funcional
- Cuidado dental (Adulto y Niño) excepto excepciones limitadas por necesidad médica, lesión accidental a dientes naturales sanos y cirugía relacionada con TMJ
- Servicios de habilitación - con excepción limitada para la terapia ABA para niños con autismo
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado ocular de rutina (Adultos y niños, excepto examen anual / detección)
- Programas de pérdida de peso

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <http://netbenefits.com/merck>.

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

- Acupuntura - realizada por una licenciada M.D., D.O., o un médico con licencia estatal para el tratamiento de dolor, enfermedad o lesión
- Cirugía bariátrica, solo si se realiza en un Centro de Distinción Horizon Blue
- Cuidado quiropráctico - hasta 25 visitas por año calendario; Terapia de mantenimiento no cubierta
- Audífonos, hasta un máximo de \$ 3,000 cada 36 meses
- Tratamiento de la infertilidad - diagnóstico y tratamiento de la infertilidad debido a una condición médica subyacente, limitado a \$25,000 máximo vitalicio para uso médico y \$10,000 máximo durante toda la vida para medicamentos no recetados de Organon
- Cuidado no urgente cuando viaja fuera de los U.S.
- Servicio de enfermería de servicio privado proporcionado por R.N. O L.P.N. Si la condición de la persona requiere atención de enfermería especializada y la atención de enfermería visitante es inadecuada
- Cuidado de rutina de los pies - limitado a ortesis de pie médicamente necesarias o un par de zapatos ortopédicos médicamente necesarios por año calendario

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration a 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596. También puede comunicarse con el Merck Benefits Service Center at Fidelity at 800-666-3725.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Merck Benefits Service Center at Fidelity at 800-666-3725. También puede contactar Department of Labor's Employee Benefits Security Administration a 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

Este documento no es un documento del plan oficial o SPD. Si cualquier información incluida en este documento o cualquier sitio web o cualquier representación verbal contradice de alguna manera el documento oficial del plan, incluyendo cualquier contrato de seguro comprado, de acuerdo con el documento del plan, las disposiciones del El (los) documento (s) del plan, en su forma enmendada, registrá.

Merck (y sus subsidiarias) se reservan el derecho de enmendar en su totalidad o en parte las prestaciones de atención de salud descritas en el SBC (y los planes, políticas y programas bajo los cuales se proveen) o discontinuarlas completamente en cualquier momento.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si**

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

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <http://netbenefits.com/merck>.

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

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

### Asistencia médica:

La asistencia personalizada para usted y su familia para ayudarlo a comprender sus beneficios, encontrar médicos, hospitales y otros proveedores, asegurar citas médicas, ayudar con reclamos, preguntas de facturación y transferir registros médicos y manejar afecciones agudas o crónicas está disponible en su Guía de salud de Horizon en 800-544-1112.

### Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 800-666-3725.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 800-666-3725.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 800-666-3725.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 800-666-3725.

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

## Acerca de los ejemplos de cobertura:

**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual. El ejemplo de la maternidad es para un empleado en la banda salarial de \$ 60.001 a \$ 100.000. Los otros dos ejemplos se aplican a todas las bandas salariales.

### Peg está embarazada

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

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> coseguro                         | 20%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>             | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20%   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,700</b> |
|-------------------------------|-----------------|

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$500          |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$2,000        |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,560</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> coseguro                         | 20%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>             | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20%   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$500          |
| Copagos                            | \$300          |
| Coseguro                           | \$300          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,120</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|   |       |
|---|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> coseguro                         | 20%   |
| ■ Hospital (instalaciones) <a href="#">coseguro</a>             | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20%   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$2,800</b> |
|-------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$500          |
| Copagos                            | \$10           |
| Coseguro                           | \$500          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,010</b> |

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