

⚠ El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención de la salud cubiertos. NOTA: Se entregará por separado información sobre el costo de este plan (llamado "prima"). Este documento es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o conseguir una copia de los términos de cobertura completos, visite bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_CO202304.pdf o llame al 1-855-747-5800. Para ver una definición general de las palabras usadas con frecuencia, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otras palabras subrayadas, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-866-444-3272 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:
¿Cuál es el deducible general?	\$1,000 por persona/\$2,000 por familia para proveedores participantes.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad de deducible antes de que este plan comience a pagarlos. Si tiene otros familiares incluidos en el plan, cada uno tiene que alcanzar su propio deducible individual hasta que el total de gastos de deducible pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios que están cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. La atención preventiva y los servicios que están incluidos en los términos de cobertura completos.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque todavía no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, es posible que tenga que pagar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Vea la lista de servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$3,000 por persona/\$6,000 por familia para proveedores participantes.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares incluidos en este plan, tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de bolsillo?	Los copagos para ciertos servicios, las primas y la atención de la salud que no cubra este plan.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Para ver una lista de proveedores de la red, visite blueshieldca.com/fad o llame al 1-855-747-5800.	Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Sin embargo, pagará la cantidad máxima si usa un proveedor fuera de la red; además, un proveedor podría enviarle una factura por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Pregúntele a su proveedor antes de recibir los servicios.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

1 de 11

Preguntas importantes	Respuestas	Conceptos importantes:		
		Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Proveedor no participante (pagará lo máximo)	
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	Sí.	Este plan pagará una parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos en la consulta con un especialista, pero solo si usted tiene una referencia antes de la consulta con el especialista.		
⚠ Todos los costos de copago y coseguro que están en este cuadro son después de que haya alcanzado su deducible (si es que hay un deducible).				
Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención de la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20/visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Visita a un especialista	Especialista de Trio+ Specialist: \$20/visita; no se aplica el deducible Otro especialista: \$20/visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	La autorreferencia está disponible para las visitas a especialistas de Trio+ Specialist.
Atención preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después averigüe qué pagará su plan.	

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Lo que pagará usted Proveedor no participante (pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio y patología: \$10/visita; no se aplica el deducible Radiografías y diagnóstico por imágenes: \$10/visita; no se aplica el deducible Otros exámenes de diagnóstico: \$10/visita; no se aplica el deducible	Análisis de laboratorio y patología: Sin cobertura Radiografías y diagnóstico por imágenes: Sin cobertura Otros exámenes de diagnóstico: Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. Los servicios mencionados se brindan en un centro independiente.
Si se hace una prueba	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética)	Centro de radiología para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> Hospital para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	Centro de radiología para pacientes ambulatorios: Sin cobertura Hospital para pacientes ambulatorios: Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_COI202304.pdf.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

3 de 11

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Lo que pagará usted Proveedor no participante (pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o problema de salud Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos <u>recetados</u> en blueshieldca.com/formulary	Nivel 1	Al por menor: \$10/receta Servicio por correo: \$20/receta	Al por menor: Sin cobertura Servicio por correo: Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> para ciertos medicamentos. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. Al por menor: Cubre un suministro de hasta 30 días; pueden cubrirse 90 días con un copago por cada suministro de 30 días. Servicio por correo: Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Nivel 2	Al por menor: \$30/receta Servicio por correo: \$60/receta	Al por menor: Sin cobertura Servicio por correo: Sin cobertura	
	Nivel 3	Al por menor: \$50/receta Servicio por correo: \$100/receta	Al por menor: Sin cobertura Sin cobertura	
	Nivel 4	Farmacias especializadas de la red y al por menor: 20 % de <u>coseguro</u> hasta \$250/receta Servicio por correo: 20 % de <u>coseguro</u> hasta \$500/receta	Al por menor: Sin cobertura Sin cobertura	

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_COI202304.pdf.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

4 de 11

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará participante (pagará lo mínimo)	Lo que pagará usted Proveedor no participante (pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si le tienen que hacer una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Centro quirúrgico ambulatorio: 20 % de <u>coseguro</u> Hospital para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u>	Centro quirúrgico ambulatorio: Sin cobertura Hospital para pacientes ambulatorios: Sin cobertura	Ninguna-----
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Tarifa del centro de atención: 20 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> Tarifa del médico: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Tarifa del centro de atención: 20 % de <u>coseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> Tarifa del médico: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna-----
	Transporte médico de emergencia	\$150/transporte; no se aplica el <u>deducible</u>	\$150/transporte; no se aplica el <u>deducible</u>	
En caso de hospitalización	Atención urgente	\$20/visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Dentro del área de servicio del <u>plan</u> : Sin cobertura Fuera del área de servicio del <u>plan</u> : \$20/visita; no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna-----
	Tarifa del centro de atención (p. ej., la habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. Ninguna-----

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_CO202304.pdf.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará participante (pagará lo mínimo)	Lo que pagará usted Proveedor no participante (pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias adictivas	Visitas al consultorio	Visita al consultorio: \$20/visita; no se aplica el <u>deducible</u> Otros servicios para pacientes ambulatorios: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> Hospitalización parcial: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> Pruebas psicológicas: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Visita al consultorio: Sin cobertura Otros servicios para pacientes ambulatorios: Sin cobertura Hospitalización parcial: Sin cobertura Pruebas psicológicas: Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> , menos para las visitas al consultorio y el tratamiento con opioides en el consultorio. Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios.
	Servicios para pacientes internados	Servicios para pacientes internados brindados por un médico: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> Servicios hospitalarios: 20 % de <u>coseguro</u> Atención en una residencia: 20 % de <u>coseguro</u>	Servicios para pacientes internados brindados por un médico: Sin cobertura Servicios hospitalarios: Sin cobertura Atención en una residencia: Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se necesita <u>autorización previa</u> . Si no consigue una <u>autorización previa</u> , es posible que no se paguen los beneficios. Ninguna-----
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	Servicios de un centro de atención para el nacimiento/parto	20 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_CO202304.pdf.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Lo que pagará usted Proveedor no participante (pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda para su recuperación u otros cuidados de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Si no consigue una autorización previa, es posible que no se paguen los beneficios. Cobertura limitada a 100 visitas por miembro por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Visita al consultorio: \$20/visita; no se aplica el deducible Hospital para pacientes ambulatorios: \$20/visita; no se aplica el deducible	Visita al consultorio: Sin cobertura Hospital para pacientes ambulatorios: Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de habilitación	Visita al consultorio: \$20/visita; no se aplica el deducible Hospital para pacientes ambulatorios: \$20/visita; no se aplica el deducible	Visita al consultorio: Sin cobertura Hospital para pacientes ambulatorios: Sin cobertura	Ninguna
	Atención de enfermería especializada	Centro de enfermería especializada independiente: 20 % de coseguro Centro de enfermería especializada en un hospital: 20 % de coseguro	Centro de enfermería especializada independiente: Sin cobertura Centro de enfermería especializada en un hospital: Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Si no consigue una autorización previa, es posible que no se paguen los beneficios. Cobertura limitada a 100 días por miembro por período de beneficios.
Cuidados para pacientes terminales	Equipo médico duradero	20 % de coseguro; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Si no consigue una autorización previa, es posible que no se paguen los beneficios.
	Cuidados para pacientes terminales	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se necesita autorización previa, menos para la consulta previa a los cuidados para pacientes terminales. Si no consigue una autorización previa, es posible que no se paguen los beneficios.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_CO/202304.pdf.

7 de 11

Situación médica común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará usted Proveedor participante (pagará lo mínimo)	Lo que pagará usted Proveedor no participante (pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si su hijo/a necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Revise los documentos de su póliza o plan para tener más información y ver una lista de otros servicios excluidos).
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura Atención dental (adultos) Atención de la vista de rutina (adultos) Atención quiropráctica Audífonos Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos Cirugía estética Tratamiento para la esterilidad Servicio de enfermería privado Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Lea el documento de su plan).
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía bariátrica

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_CO/202304.pdf.

8 de 11

Sus derechos a seguir con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere seguir con su cobertura después de que termina. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: el teléfono del Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información para el Consumidor y Control de Seguros) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) es 1-877-267-2323 ext. 61565 y la página web es [ccms.gov](http://www.ccms.gov). Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluso la posibilidad de comprar cobertura de seguro individual por medio del mercado de seguros de salud. Para tener más información sobre el mercado, visite [HealthCare.gov](http://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a reclamos y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama "reclamación" o "apelación". Para tener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también tienen información completa sobre cómo presentar ante su plan una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier razón. Si quiere recibir más información sobre sus derechos o esta notificación, o si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de Blue Shield al 1-855-747-5800 o a la Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado) del Department of Labor (Departamento de Trabajo) al **1-866-444-EB5A (3272)**, o visite dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el Centro de Ayuda del Department of Managed Health Care (DMHC, Departamento de Atención de la Salud Administrada) de California al 1-888-466-2219 o escribir a la dirección de correo electrónico helpline@dmhc.ca.gov, o bien visitar <http://www.healthhelp.ca.gov>.

¿Brinda este plan una cobertura esencial mínima? Si.

La cobertura esencial mínima suele incluir planes, seguro de salud disponible por medio del mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y alguna otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito de impuestos para primas.

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para recibir crédito de impuestos para primas para ayudarlo a pagar un plan por medio del mercado.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_COI202304.pdf.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

9 de 11

Servicios de acceso a idiomas:

English: For assistance in English at no cost, call 1-866-346-7198.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español sin cargo, llame al 1-866-346-7198.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangaminyo ang libreng tulongsang Tagalog tumawag sa 1-866-346-7198.

Chinese (中文): 如果需要中文的免费帮助, 请拨打这个号码 1-866-346-7198.

Navajo (Dine): Diné K'ehji doo bąąh' ílinígó shika' at'oowol niniizingo, kwiji'í' hodííliníh 1-866-346-7198.

Vietnamese (Tiếng Việt): Để được hỗ trợ miễn phí tiếng Việt, vui lòng gọi đến số 1-866-346-7198.

Korean (한국어): 한국어도움이 필요하시면, 1-866-346-7198 무료전화 로 전화하십시오.

Armenian (Հայերեն): Հարկատուները անվճար օգնություն անումըրի, անվճար խոսքով 1-866-346-7198.

Russian (Русский): Если нужна бесплатная помощь на русском языке, то позвоните 1-866-346-7198.

Japanese (日本語): 日本語支援が必要な場合は 1-866-346-7198 に電話をかけてください。無料で提供します。

Persian (فارسی): برای دریافت کمک رایگان زبان فارسی لطفاً با شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਪੰਜਾਬੀ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Khmer (ភាសាខ្មែរ): សូមជួយភាសាខ្មែរដល់អ្នកដែលមានតម្រូវការ 1-866-346-7198

Arabic (العربية): للحصول على المساعدة في اللغة العربية، فضلًا اتصل على هذا الرقم: 1-866-346-7198.

Hmong (Hmoob): Xav tau kev pab dawb lub Hmoob, thov hu rau 1-866-346-7198.

Hindi (हिन्दी): हिन्दी में बिना खर्च के सहायता के लिए, 1-866-346-7198 पर कॉल करें।

Thai (ไทย): สำหรับความช่วยเหลือเป็นภาษาไทยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโปรดโทร 1-866-346-7198

Laotian (ພາສາລາວ): ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາລາວໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາໂທ 1-866-346-7198.

—————*Para ver cómo este plan podría cubrir costos usando una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*—————

Declaración de divulgación de la PRA

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley para la Reducción del Papeleo) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un pedido de recopilación de información, a menos que haya un número de control de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo promedio necesario para completar esta recopilación de información es de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo calculado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para tener más información sobre las limitaciones y las excepciones, lea el documento del plan o la póliza en bsca.com/policies/W0073053-M0033148EOC_COI202304.pdf.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

10 de 11



Estos ejemplos no son estimadores de costos. Los tratamientos son solo ejemplos de cómo este plan cubriría la atención médica. Los costos que tenga que pagar serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores, y muchos otros factores. Preste atención a los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar los costos que pagaría según los distintos planes de salud. Recuerde que estos ejemplos de cobertura son solo para cobertura individual.

Embarazo de Peg
(9 meses de atención prenatal participante y parto en un hospital)

- Deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$20
- Coseguro de hospital (centro) 20 %
- Otro copago \$10

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de especialistas (atención prenatal)
Servicios profesionales para el nacimiento/parto
Servicios de un centro de atención para el nacimiento/parto
Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)
Visita a un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Total que pagaría Peg	\$2,460

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina participante para un problema de salud controlado)

- Deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$20
- Coseguro de hospital (centro) 20 %
- Otro copago \$10

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluso educación sobre la enfermedad)
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
Total que pagaría Joe	\$1,020

Fractura simple de Mía
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento participantes)

- Deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$20
- Coseguro de hospital (centro) 20 %
- Otro copago \$10

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (incluso suministros médicos)
Pruebas de diagnóstico (radiografías)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mía	\$420

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

El plan sería responsable de los otros costos relacionados con los servicios cubiertos de este EJEMPLO.