



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) comparten 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 documento es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.healthnet.com o llame al 1-800-522-0088. Para consultar definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o www.healthnet.com, o bien llamar al 1-800-522-0088 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0.	Consulte el cuadro de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	No hay deducible .	No hay deducible .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	<u>Límite médico</u> : \$1,500 por miembro / \$3,000 por familia a través de Salud; \$1,500 por miembro / \$3,000 por familia a través de SIMNSA, por año calendario. Las redes de Salud y SIMNSA acumulan gastos de forma cruzada. Límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados : (aplicable a <u>medicamentos recetados obtenidos en farmacias de la red, excepto ciertos medicamentos de especialidad</u>): \$750 individual / \$1,500 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se cumpla el límite total de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ?	Primas , costos de medicamentos recetados y atención médica que este plan no cubre. Límite de gastos de bolsillo para medicamentos con receta : primas; montos (distintos del copago) pagados por medicamentos de marca cuando hay un genérico disponible; cargos por facturación de saldo ; y atención médica que este plan no cubre. Los copagos de ciertos <u>medicamentos de</u>	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
	<u>especialidad</u> que no son beneficios de salud esenciales (aunque sean elegibles para reembolso por parte del fabricante sin costo para usted) no cuentan para cumplir el límite de gastos de bolsillo y no se reembolsarán al 100 % una vez alcanzado dicho límite.	
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Para consultar la lista de proveedores preferidos , visite www.healthnet.com/providersearch o llame al 1-800-522-0088.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar, para algunos servicios (como análisis de laboratorio), a un <u>proveedor fuera de la red</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	Sí. Requiere <u>autorización previa</u> por escrito.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para consultar a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si cuenta con una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de que haya cumplido su [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 copago /visita	\$5 copago /visita	No está cubierto	Ninguna
	Consulta a especialista	\$5 copago /visita	\$5 copago /visita	No está cubierto	Requiere autorización previa .
	Atención preventiva/evaluación de detección/ inmunización	Sin costo para los servicios cubiertos	Sin costo para los servicios cubiertos	No está cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique qué cubrirá su plan .
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Requiere derivación.
	Estudios por imágenes (TC/TEP, IRM)	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Requiere autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.express-	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	A través de Health Net:	A través de Express Scripts: genérico: copago de \$3/ medicamento recetado (minorista o pedido por correo)	No está cubierto	Express Scripts: Debe utilizar una farmacia de la Red Prime de Express Scripts (dentro de los Estados Unidos) para surtir su receta; de lo contrario, no habrá cobertura. Cada receta en farmacia minorista está limitada a un máximo de 30 días de suministro. Para medicamentos de mantenimiento, está disponible
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	No está cubierto	De marca: copago de \$6/ medicamento recetado (minorista)		
	medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	A través de Express Scripts: A través de Express Scripts: genérico: copago de \$3/ medicamento	Copago de \$5/ medicamento recetado (pedido por correo)		

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
scripts.com o llamando al 1-800- 451-6245.		recetado (minorista o pedido por correo) De marca: copago de \$6/ medicamento recetado (minorista) Copago de \$5/ medicamento recetado (pedido por correo) Entrega a domicilio de genéricos por \$0: el copago se eximirá para ciertos medicamentos genéricos dispensados en la farmacia de Express Scripts (pedido por correo). Los medicamentos incluidos en este programa comprenden 48 recetas. El copago de \$0 bajo este programa está disponible hasta el 30 de junio de 2026.	Entrega a domicilio de genéricos por \$0: el copago se eximirá para ciertos medicamentos genéricos dispensados en la farmacia de Express Scripts (pedido por correo). Los medicamentos incluidos en este programa comprenden 48 recetas. El copago de \$0 bajo este programa está disponible hasta el 30 de junio de 2026. A través de Health Net: copago de \$5 para medicamentos dispensados mediante SIMNSA/pedido en farmacia minorista No está cubierto/pedido por correo		un suministro de hasta 90 días mediante pedido por correo. Para los medicamentos de mantenimiento, debe decidir si utilizará el pedido por correo o una farmacia minorista. Se permiten dos surtidos en farmacia minorista antes de que deba notificar a Express Scripts su decisión. Salvo en casos de necesidad médica urgente, los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia Accredo. Algunos medicamentos requieren autorización previa. Si utiliza un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, deberá pagar la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico, además del copago correspondiente. No hay cargo para los medicamentos preventivos exigidos por la ACA si se adquieren en una farmacia de la red con una receta médica. Para obtener información sobre medicamentos no cubiertos por el plan, llame al 1-800-451-6245 visite www.express-scripts.com, o descargue la aplicación de

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
					Express Scripts. Health Net: Suministro/pedido: a través de Salud, hasta 30 días (farmacia minorista); no hay cobertura por pedido por correo, excepto cuando se apliquen límites de cantidad. Solo cobertura de medicamentos preventivos y exigidos por el estado. Se requiere autorización previa para determinados medicamentos. Usted pagará el costo total del medicamento de marca si compra un medicamento de marca que tenga un equivalente genérico.
	Medicamentos de especialidad	A través de Health Net: No está cubierto A través de Express Scripts: copago de \$3 para medicamentos genéricos (en farmacia minorista o por pedido por correo) Copago de \$6/ medicamento recetado de marca	A través de Express Scripts: copago de \$3 para medicamentos genéricos (en farmacia minorista o por pedido por correo) Copago de \$6/ medicamento recetado de marca (minorista) Copago de \$5/ medicamento recetado de marca (pedido por	No está cubierto	Algunos medicamentos de especialidad tienen copagos considerablemente más altos que los que se muestran. Si usted utiliza uno de estos medicamentos de especialidad y participa en el programa SaveOn SP a través de Express Scripts, no tendrá que pagar los copagos más altos. Sin embargo, si su medicamento de especialidad figura en la Lista de Medicamentos SaveOn SP y usted no participa en el programa

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
		(minorista) Copago de \$5/ medicamento recetado de marca (pedido por correo)	correo) A través de Health Net: copago de \$5 para medicamentos dispensados mediante SIMNSA/pedido en farmacia minorista No está cubierto/pedido por correo		SaveOn SP, será responsable de pagar el copago completo. Los <u>medicamentos de especialidad</u> incluidos en la Lista de Medicamentos SaveOn SP, así como los copagos correspondientes, están sujetos a cambios Usted recibirá una notificación de SaveOn SP si utiliza un <u>medicamento de</u> <u>especialidad</u> que forme parte del programa SaveOn SP. Consulte la sección “Preguntas importantes” en la página 1 para obtener más información sobre el límite de gastos de bolsillo para <u>medicamentos recetados</u> .
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej. centro de cirugía ambulatoria)	Hospital/ASC-Sin cargo Servicios distintos de la cirugía: coseguro del 20 %	Sin cargo	No está cubierto	Requiere autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
Si necesita atención médica de urgencia	Atención en la sala de emergencias	Servicios médicos, de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias: copago de \$150 por visita	Servicios médicos, de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias: copago de \$10 por visita	Cubierto con la participación en costos de la red Salud únicamente para emergencias	El copago se exime si el paciente es hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	Servicios médicos, de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias: copago de \$50 por transporte	Servicios médicos, de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias: sin cargo		La ambulancia aérea no está cubierta a través de SIMNSA.
	Atención de urgencia	Servicios médicos, de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias: copago de \$5 por visita	Servicios médicos: copago de \$10 por visita Salud mental y trastornos por consumo de sustancias: copago de \$5 por visita		Ninguna
Si tiene una estancia hospitalaria	Tarifa del centro (p. ej., habitación hospitalaria)	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Requiere autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio: sesión de terapia individual: copago de \$5 por visita Sesión de terapia grupal: copago de \$5 por visita Excepto en el consultorio: sin cargo	Consultorio: copago de \$5 por visita Excepto en el consultorio: sin cargo	No está cubierto	Requiere autorización previa , excepto para las visitas en consultorio.
	Servicios de internación	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Requiere autorización previa .

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
Si está embarazada	Visitas en consultorio	Prenatales/posnatales: sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	El costo compartido no aplica para los servicios preventivos .
	Servicios profesionales de parto/trabajo de parto	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de establecimiento para el parto/trabajo de parto	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	Sin cargo	No está cubierto	No está cubierto	Requiere autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	\$5 copago /visita	\$5 copago /visita	No está cubierto	Requiere autorización previa .
	Servicios de habilitación	\$5 copago /visita	\$5 copago /visita	No está cubierto	
	Centro de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	Limitado a un total combinado de 100 días por año calendario. Requiere autorización previa .
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	El calzado correctivo no está cubierto. Requiere autorización previa .
	Servicios de hospicio	Sin cargo	Sin cargo	No está cubierto	La atención de hospicio está cubierta en México, pero únicamente cuando los servicios se brindan en un entorno hospitalario de atención aguda. Requiere autorización previa .
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Health Net: PCP/especialista: copago de \$5 por visita VSP (dentro de la red): Sin cargo.	Health Net: \$5 copago /visita VSP (dentro de la red): Sin cargo	Health Net: No está cubierto VSP: todos los costos que superen la asignación de \$45.	Para la cobertura oftalmológica a través de Vision Service Plan (VSP), llame al 1-855-866-0942 para obtener información sobre los beneficios. Los exámenes de la vista a través de VSP están limitados a un examen cada 12 meses.
	Anteojos para niños	Health Net: No está cubierto	Health Net: No está cubierto	Health Net: No está cubierto	Para la cobertura oftalmológica a través de Vision Service Plan (VSP), llame al 1-855-866-0942

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor de la red Salud (miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor de la red SIMNSA (miembros de México y autoderivación para miembros de California)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red	Limitaciones, excepciones y demás información importante
		VSP (con proveedores dentro de la red): 80 % de los costos que excedan la asignación de \$120 para armazones básicos. Sin cargo para la mayoría de las lentes estándar.	VSP (con proveedores dentro de la red): 80 % de los costos que excedan la asignación de \$120 para armazones básicos. Sin cargo para la mayoría de las lentes estándar.	VSP (proveedores fuera de la red): Armazones: todos los costos que superen la asignación de \$70. Lentes: todos los costos que superen las asignaciones de \$30 (lentes monofocales), \$50 (bifocales y progresivos estándar) y \$65 (trifocales).	para obtener información sobre los beneficios. Las lentes y los armazones están limitados a una vez cada 24 meses. Se aplican cargos por complementos de lentes y lentes progresivas premium. VSP tiene beneficios limitados fuera de la red.
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	Es posible que tenga otra cobertura dental que no se describa aquí.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención quiropráctica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Atención a largo plazo • Atención no urgente durante viajes fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Cuidado rutinario de los pies • Programas de pérdida de peso |
|--|---|---|

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto: la interrupción del embarazo y los servicios relacionados están cubiertos en su totalidad; para los servicios prestados en | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Anteojos para niños (beneficio limitado para armazones y lentes disponible a través de | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la infertilidad • Atención oftalmológica de rutina (adultos) (beneficio limitado para armazones y lentes |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

México, la interrupción del embarazo está cubierta en la medida permitida por la legislación mexicana.

VSP)

- Atención dental (disponible a través de un plan independiente separado)

disponible a través de VSP)

Sus derechos para continuar la cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de los Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo (Employee Benefits Security Administration) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), al 1-877-267-2323, extensión 61565, o www.cciio.cms.gov. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de un seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones:

Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#), o un [reclamo](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con: Centro de Atención al Cliente de Health Net al 1-800-522-0088, presente un formulario de reclamo a través de www.healthnet.com, o envíe su queja por escrito a: Health Net Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Para obtener información sobre la cobertura de atención médica grupal sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de los Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (Employee Benefits Security Administration) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si tiene un reclamo contra Health Net, también puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) al 1-888-466-2219 o a la línea TDD 1-877-688-9891 para personas con discapacidad auditiva o del habla, o visitar www.dhmc.ca.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California utilizando la información de contacto indicada anteriormente.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí.

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) o de otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para determinados tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-522-0088.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-522-0088.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-522-0088.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-522-0088.

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

Declaración de divulgación de la PRA: De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los [montos de costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago a especialista](#) \$5
- [Copago](#) al hospital (centro) \$0
- Otro [copago](#) \$5

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/trabajo de parto
 Servicios de establecimiento para el parto/trabajo de parto
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a especialista (*anestesia*)

Costo total del Ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$70
El total que Peg pagaría es	\$70

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red para una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago a especialista](#) \$5
- [Copago](#) al hospital (centro) \$0
- Otro [copago](#) \$5

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
 Prueba 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	\$50
Coseguro	\$250
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$3,500
El total que Joe pagaría es	\$3,800

La fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago a especialista](#) \$5
- [Copago](#) al hospital (centro) \$0
- Otro [copago](#) \$5

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Mia pagaría es	\$360

Los ejemplos de cobertura no incluyen el valor de los beneficios que no son de Health Net y que son proporcionados por otros aseguradores. Comuníquese con el Administrador del Plan si tiene alguna pregunta.

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