




Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of Washington



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 <https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-800-290-8900 (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 1-800-290-8900 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0 en un proveedor de atención médica indígena (IHCP) o en un proveedor que no sea IHCP con una referencia de un IHCP; o \$9,450 por individuo/\$18,900 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 el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿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> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿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> ?	\$9,450 por individuo/\$18,900 por familia	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> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta 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 facturación de saldo y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> 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 www.kp.org o llame al 1-800-290-8900 (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</u> del plan. 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 proveedor 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 recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</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	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin costo	Telesalud: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona con autorización: \$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona sin autorización: sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin costo	Telesalud: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona con autorización: \$110 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona sin autorización: sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin costo	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</p> <p>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en kp.org/wa/7formulary2024</p>	Medicamentos genéricos preferidos	Sin costo	Al por menor: \$35 por medicamento para 30 días, el <u>deducible</u> no se aplica; orden por correo: \$15 por medicamento para 90 días, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Hasta un suministro de 30 días al por menor y un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Después del primer abastecimiento, los medicamentos de mantenimiento deben adquirirse a través del servicio de orden por correo de KFHPWA.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Hasta un suministro de 30 días al por menor y un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Después del primer abastecimiento, los medicamentos de mantenimiento deben adquirirse a través del servicio de orden por correo de KFHPWA.
	Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Hasta un suministro de 30 días al por menor y un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Después del primer abastecimiento, los medicamentos de mantenimiento deben adquirirse a través del servicio de orden por correo de KFHPWA.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Hasta un suministro de 30 días (al por menor).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Tarifas del médico/ cirujano	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	Sin costo	Sin costo	Sin costo	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si recibe servicios de un <u>proveedor fuera del plan</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	Sin costo	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin costo	\$110 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica	Sin costo	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	Tarifas del médico/ cirujano	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin costo	Telesalud: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona con autorización: \$50 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona sin autorización: sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</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	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> .
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	130 consultas por año. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin costo	Paciente hospitalizado: sin costo; paciente ambulatorio: en persona con autorización: \$110 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona sin autorización: sin costo	No está cubierto	Paciente hospitalizado: Límite de 30 días por año. Requiere <u>autorización previa</u> para pacientes hospitalizados. Paciente ambulatorio: Límite de 25 consultas por año. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Las consultas de telesalud no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin costo	Paciente hospitalizado: sin costo; paciente ambulatorio: en persona con autorización: \$110 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica; en persona sin autorización: sin costo	No está cubierto	Paciente hospitalizado: Límite de 30 días por año. Requiere <u>autorización previa</u> para pacientes hospitalizados. Paciente ambulatorio: Límite de 25 consultas por año. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Las consultas de telesalud no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	Límite de 60 días por año. No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . Requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	Sin costo	No está cubierto	No se aplican los <u>costos compartidos</u> a los proveedores que no sean IHCP si se cuenta con una <u>referencia</u> . No está cubierto sin <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin costo	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . La atención de relevo para pacientes hospitalizados o ambulatorios está limitada a un máximo de 14 días en total durante toda la vida.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del plan que no sea IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera del plan que no sea IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Limitado a un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin costo	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Limitado a un par de armazones y lentes, o lentes de contacto cada 12 meses.
	Control dental para niños	Sin costo	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 documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos y niños) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Tratamiento para la infertilidad • Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. • Enfermería privada • Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <u>plan</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Acupuntura (12 visitas por año) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (10 visitas por año) • Cuidado de los ojos de rutina (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies de rutina

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 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	1-800-290-8900 (TTY: 711) o https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services
Oficina del Comisionado de Seguros	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿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? No se aplica.

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 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-290-8900 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-290-8900 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$9,450	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$9,450	■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$9,450
■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$110	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$110	■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u>	\$110
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$0	■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$0	■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$0
■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$0	■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre)	\$0	■ Otro <u>copago</u> (radiografía)	\$0
<p>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto Exámenes de diagnóstico (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)</p>		<p>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> (<i>incluye la educación sobre enfermedades</i>) Exámenes de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta médica Equipo médico duradero (<i>glucómetro</i>)</p>		<p>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Atención en la Sala de Emergencias (<i>incluye suministros médicos</i>) Exámenes de diagnóstico (<i>radiografías</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)</p>	
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:	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0	<u>Copagos</u>	\$0	<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$0	El total que Joe pagaría es	\$0	El total que Mia pagaría es	\$0

* Nota: Estos montos suponen que el paciente recibió atención de un IHCP o de un proveedor que no es IHCP con una referencia de un IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor que no es IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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