
 El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.MyAmeriBen.com o llame al 1-855-258-2658. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Para ver el Glosario, visite www.MyAmeriBen.com o llame al 1-855-258-2658 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas		Por qué es importante	
¿Cuál es el deducible general?		Pertenece a la red	No perteneciente a la red	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el <u>plan</u> , cada miembro de su familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
	Por participante:	\$1,000	\$3,000	
	Por familia:	\$2,000	\$6,000	
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. Visitas al consultorio, terapias físicas, ocupacionales y del habla, atención de emergencia real, clínicas minoristas, visitas al hogar, servicios de podiatría, atención prenatal/postnatal requerida, atención preventiva y algunos medicamentos recetados.		Este <u>plan</u> cubre algunos ítems y servicios incluso si no alcanzó el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Puede ver una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .	
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.		No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.	
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?		Pertenece a la red	No perteneciente a la red	El límite de <u>gasto de bolsillo</u> es el máximo que pagaría en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta cubrir el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar total.
	Por participante:	\$6,750	\$12,000	
	Por familia:	\$13,500	\$24,000	
¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo?	Primas, penalidades, montos que superan los cargos habituales y cargos que este Plan no cubre.		Aunque pague estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .	
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red medica</u> ?	Sí, para servicios médicos: Anthem. Para obtener una lista de proveedores preferidos, llame a Anthem, al 1-800-810-BLUE o visite www.anthem.com .		Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red del plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar a un <u>proveedor fuera de la red</u> para	

	Sí, para medicamentos recetados: Magellan Rx. Para obtener una lista de farmacias minoristas y por correo, ingrese a www.magellanrx.com .	ciertos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que desee sin una <u>derivación</u> .

 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.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		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 <u>proveedor</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de copago/proveedor	40% de coseguro, después del deducible	El <u>copago</u> de visita al consultorio se aplicará a todos los servicios realizados en un consultorio, a excepción de: quimioterapia, radioterapia, pruebas de diagnóstico/estudios por imágenes avanzados y cirugía. Se considera que los siguientes proveedores son médicos de atención primaria (PCP): Médicos de Medicina Interna, Médicos Generalistas/Familiares, Ginecólogos/Obstetras, Pediatras, Médicos de Salud del Comportamiento, Enfermeras Especializadas y Auxiliares Médicos. Se cubren las visitas al hogar.
	Visita al <u>especialista</u>	\$60 de copago/proveedor	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación para algunos servicios en el consultorio, como quimioterapia/radioterapia y estudios por imágenes avanzados. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo	40% de coseguro, después del deducible	Es posible que usted deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	————ninguna————
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.magellanrx.com	Medicamentos genéricos	Suministro para 1-30 días: \$15 de copago Suministro para 31-90 días: \$37.50 de copago	Sin cobertura	Farmacia minorista y pedido por correo: Limitado a suministro para noventa (90) días. No todos los <u>medicamentos recetados</u> están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su <u>plan</u> , ingrese a su cuenta en www.magellanrx.com . Si obtiene <u>medicamentos recetados</u> de una farmacia no perteneciente a la <u>red</u> , o si obtiene <u>medicamentos recetados</u> de una farmacia perteneciente a la <u>red</u> pero no usa la tarjeta de identificación, tendrá que pagar el costo total de la receta. Se requiere precertificación para <u>medicamentos recetados</u> al superar \$15,000.
	Medicamentos de marcas preferidas	Suministro para 1-30 días: \$35 de copago Suministro para 31-90 días: \$87.50 de copago	Sin cobertura	Los <u>medicamentos especializados</u> pueden surtir una (1) vez en una farmacia minorista y luego se requiere pedido por correo.
	Medicamentos de marcas no preferidas	Suministro para 1-30 días: \$55 de copago Suministro para 31-90 días: \$137.50 de copago	Sin cobertura	**También incluye la diferencia de costo entre los medicamentos de marca y genéricos, a menos que el <u>medicamento recetado</u> no se fabrique de forma genérica o el <u>médico</u> haya indicado “medicamento de marca medicamento necesario” o algo similar. No se
	Medicamentos especializados	Suministro para 30 días solamente: 25% de coseguro	Sin cobertura	

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				aplican penalidades al <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Emergencia real: \$250 de copago, y luego 20% de coseguro después del deducible Emergencia no real: \$250 de copago, y luego 20% de coseguro después del deducible	Emergencia real: \$250 de copago, y luego 20% de coseguro después del deducible de la red Emergencia no real: \$250 de copago, y luego 40% de coseguro después del deducible	El <u>copago</u> de visita por emergencia real se anulará si el paciente es ingresado al hospital.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro, después del deducible	20% de coseguro, después del deducible de la red	Los cargos cubiertos incluyen: ambulancia terrestre, aérea y acuática. Se cubren los cargos por transporte entre establecimientos <u>médicamente necesario</u> al hospital general acreditado más cercano con instalaciones adecuadas para el tratamiento. No se cubre el alquiler de ambulancia aérea. Se requiere precertificación para ambulancia sin carácter de emergencia. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Atención de urgencia	\$100 de copago/proveedor	40% de coseguro, después del deducible	El <u>copago</u> se aplicará a todos los servicios realizados en una sala de atención de urgencia, a excepción de: quimioterapia, radioterapia, pruebas de diagnóstico/estudios por imágenes y cirugía. Las clínicas minoristas están cubiertas con un copago de \$75.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio: \$25 de copago/proveedor Todos los demás servicios: 20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación para tratamiento diurno psiquiátrico intensivo, hospitalización parcial y centro de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Servicios internos	20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Visita inicial al consultorio: \$25 de copago Todos los demás servicios: 20% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro después del deducible	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> .
	Servicios de parto profesionales	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	SBC (por ejemplo, ecografías). No se cubren los nacimientos en el hogar.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	<p>Se requiere precertificación para ciertos servicios dentro de esta categoría. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.</p> <p>Máximo por año calendario: Ciento veinte (120) visitas. Cuatro horas o menos de servicios de auxiliares de la salud no supervisados equivalen a una visita de <u>atención médica en el hogar</u>.</p> <p>Los servicios de terapia de <u>rehabilitación</u> prestados en el hogar se aplicarán al máximo de terapia. Los servicios de terapia administrados en el hogar como parte de un plan de <u>atención médica en el hogar</u> no se aplicarán al máximo de <u>atención médica en el hogar</u>.</p>
	Servicios de rehabilitación	<p>Terapias para pacientes ambulatorios: \$60 de copago/proveedor</p> <p>Otros servicios: 20% de coseguro después del deducible</p>	40% de coseguro después del deducible	<p>Máximo por año calendario: Sesenta (60) visitas combinadas para terapias del habla, física y ocupacional.</p> <p>El máximo de <u>servicios de rehabilitación</u> para pacientes hospitalizados se combina con el de <u>enfermería especializada</u>.</p> <p>Se requiere precertificación para el ingreso de pacientes hospitalizados. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.</p>
	Servicios de habilitación			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Máximo por año calendario: Noventa (90) días. Este máximo se combina con los <u>servicios de rehabilitación</u> para pacientes hospitalizados. Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere precertificación para ciertos dispositivos dentro de esta categoría. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	La atención de relevo está cubierta.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	—————ninguna—————
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	

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

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](#).)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Cirugía estética• Atención dental (adultos)• Audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para la infertilidad (se cubren las pruebas)• Atención prolongada• Atención sin carácter de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada• Cuidado rutinario de los ojos (adultos)• Cuidado rutinario de los pies (excepto cuando es debido a una enfermedad metabólica o vascular periférica, o fascitis plantar)• Programas para perder peso |
|---|---|--|

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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (limitado a veinte (20) visitas combinadas con atención quiropráctica) | <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica (limitado a veinte (20) visitas combinadas con acupuntura) |
|---|---|

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 at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Administrador de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA) del Plan en AmeriBen, P.O. Box 7186, Boise, ID 83707, 1-855-258-2658. 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 o llame al 1-800-318-2596.

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: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

También puede comunicarse con el administrador externo (TPA) para ayudar al administrador del plan con la adjudicación de reclamaciones. El nombre, la dirección y el número de teléfono del TPA son:

AmeriBen
Attention: Appeals Coordination
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
1-866-504-6814

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](#).

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

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

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](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-258-2658.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-2658.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助 · 请拨打这个号码 1-855-258-2658

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a't'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-258-2658.

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1146. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados 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.

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

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 under otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$1,000
■ Especialista costo compartido	\$60
■ Hospital (instalaciones) costo compartido	20%
■ Otro costo compartido	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*)

Costo total hipotético	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$10
Copagos	\$2,300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$3,330

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$1,000
■ Especialista costo compartido	\$60
■ Hospital (instalaciones) costo compartido	20%
■ Otro costo compartido	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*)

Costo total hipotético	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,200
Copagos	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$200
El total que Joe pagaría es	\$1,600

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,000
■ Especialista costo compartido	\$60
■ Hospital (instalaciones) costo compartido	20%
■ Otro costo compartido	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$500
Copagos	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,600

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