

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, comuníquese con AmeriBen al 1-866-955-1482. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.MyAmeriBen.com o llamar a 1-866-955-1482 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	<p>Por participante: \$500 dentro de la red/ \$1,250 fuera de la red</p> <p>Por familia: \$1,200 dentro de la red/ \$2,500 fuera de la red</p>	<p>Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.</p> <p>Si tiene otros familiares en el plan, cada uno debe cumplir con su deducible individual hasta que el monto total de gastos por deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general.</p>
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	<p>Sí. <u>Copagos</u> por servicios de médico de emergencia, medicina alternativa, servicios de ambulancia, colonoscopia, CMPE con PCP, <u>especialistas</u> de Nivel 1 y City Employee Medical Clinic, programa para el control de la diabetes, programas para el control de la salud, audífonos, bombas de insulina y suministros para diabéticos, equipos de oxígeno y suministros, <u>servicios de atención preventiva</u>, exámenes de audición, sigmoidoscopia, examen de densidad ósea, mamografías (diagnósticas y preventivas), <u>atención urgente</u> y <u>medicamentos con receta</u>.</p>	<p>Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u>. Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u>. “Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u>. Vea una lista de <u>servicios preventivos cubiertos en</u> https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.</p>
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
<p>¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?</p>	<p>Per participant: \$2,500 dentro de la red/ \$4,050 fuera de la red</p> <p>Per family: \$7,500 dentro de la red/ \$12,150 fuera de la red</p>	<p>El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.</p> <p>Si tiene otros familiares en este <u>plan</u>, tendrán que alcanzar sus propios <u>límites a los gastos directos del bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> general familiar.</p>
<p>¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo?</p>	<p>Gastos no cubiertos, cargos que superen las cantidades razonables y habituales, <u>primas</u> y penalidades.</p>	<p>Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u>.</p>
<p>¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red medica</u>?</p>	<p>Sí, por servicios médicos. Vea www.anthem.com o llame al 1-800-676 BLUE para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u>.</p> <p>Sí, por medicamentos con receta. Vea www.maxor.com o llame al 1-800-678-0707 para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u>.</p>	<p>Este <u>plan</u> no tiene un <u>proveedor dentro de la red</u>. Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> del plan. Usted 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 en el costo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.</p>
<p>¿Necesita un referido para ver a un <u>especialista</u>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u>.</p>



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	Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes		Eventos médicos comunes
		Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	CMPE Copago de \$25, deducible eximido Todos los demás proveedores Copago de \$35	Coseguro del 50%	Los <u>copagos</u> se pagan por visita.
	Visita al especialista	Nivel 1 Copago de \$40, deducible eximido Todos los demás proveedores Copago de \$60	Coseguro del 50%	Los <u>copagos</u> se pagan por visita.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo	Coseguro del 50%	Consulte la Descripción Resumida del Plan, Sección III, Cuadro de Beneficios, para ver los límites específicos de edad y frecuencia (si aplican). Hay un incentivo de \$75 si un empleado o cónyuge recibe servicios de atención preventiva. Consulte a su departamento de beneficios para obtener más detalles.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	<u>Los servicios de atención preventiva</u> están <u>100% cubiertos dentro de la red, deducible eximido.</u>
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Independiente Coseguro del 10% Todos los demás centros Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	ninguno

Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes		Eventos médicos comunes
		Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.maxor.com .	Medicamentos genéricos	(Provisión de 30 días) City Employee Pharmacy Copago de \$6 Farmacia MaxorPlus Copago de \$25 (Provisión de 90 días) City Employee Pharmacy Copago de \$15 Farmacia MaxorPlus No cubiertos	Los medicamentos con receta fuera de la red solo están disponibles en situaciones de emergencia/fuera del horario de atención Consulte el Documento del Plan Médico para obtener más detalles.	Los participantes del plan progresivamente pagarán copagos más altos por medicamentos de mantenimiento que se surtan en la farmacia minorista de la <u>red</u> MaxorPlus versus City Employee Pharmacy. Suministros para la diabetes (provisión máxima de 90 días) – Cubiertos al 100% (sin <u>copago</u>). Medicamentos para la diabetes (provisión máxima de 90 días) – Cubiertos al 100% (sin <u>copago</u>) si se obtienen a través del Programa Diabetes Ten City Challenge de City Employee Pharmacy. Consulte nuestra Descripción Resumida del Plan para obtener información sobre el tratamiento por pasos y programas de incentivo cardiovascular. Manejo de afecciones crónicas – El <u>copago</u> está eximido para los medicamentos con receta genéricos de mantenimiento utilizados para tratar afecciones crónicas como asma, enfermedad arterial coronaria, EPOC, diabetes, hipertensión y ERGE si se surten en City Employee Pharmacy durante la inscripción en el programa para el manejo de enfermedades.
	Medicamentos de marcas preferidas	(Provisión de 30 días) City Employee Pharmacy Copago de \$35 Farmacia MaxorPlus Copago de \$55 (Provisión de 90 días) City Employee Pharmacy Copago de \$70 Farmacia MaxorPlus No cubiertos		
	Medicamentos de marcas no preferidas	(Provisión de 30 días) City Employee Pharmacy Copago de \$60 Farmacia MaxorPlus Copago de \$75 (Provisión de 90 días) City Employee Pharmacy Copago de \$120 Farmacia MaxorPlus No cubiertos		

Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes		Eventos médicos comunes
		Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.maxor.com.</p>	<p>Medicamentos <u>especializados</u></p>	<p>(Provisión de 30 días) Nivel 4 Medicamento especializado Maxor Coseguro del 20% con un copago máximo de \$100* MaxorPlus Retail Pharmacy No cubiertos</p> <p>(Provisión de 30 días) Nivel 5 Medicamento especializado Maxor Coseguro del 20% con un copago máximo de \$150* MaxorPlus Retail Pharmacy No cubiertos</p> <p>(Provisión de 90 días) No cubiertos *el copago solo se aplicará si el miembro no tiene asistencia de copago disponible</p>	<p>Los medicamentos con receta fuera de la red solo están disponibles en situaciones de emergencia/fuera del horario de atención Consulte el Documento del Plan Médico para obtener más detalles.</p>	<p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad y/o precertificación. Consulte la Descripción Resumida del Plan, Programa de Manejo de Beneficios de Farmacia para ver los límites específicos (si aplican). Determinados medicamentos preventivos (incluidos los anticonceptivos) recibidos a través de una farmacia <u>de la red</u> están cubiertos al 100% y el <u>deducible/copago</u> (si aplica) está eximido. Esto no incluye medicamentos preventivos no preferidos. \$2,500 de máximo de <u>gastos directos del bolsillo</u> por miembro, por año. Incluye medicamentos con receta inyectables. Los <u>medicamentos especializados</u> y los inyectables solo están disponibles a través de Maxor Solutions. No todos los <u>medicamentos con receta</u> están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su <u>plan</u>, inicie sesión en su cuenta en www.cityemployeepharmacy.com O www.maxor.com.</p>
<p>Si se somete a una operación ambulatoria</p>	<p>Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)</p>	<p>Independiente Coseguro del 10% Todos los demás centros Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 50%</p>	<p>Las tarifas de anestesia y radiología estarán cubiertas <u>dentro de la red</u> si son realizadas en un centro <u>de la red</u>.</p>

Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes		Eventos médicos comunes
		Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	
Si se somete a una operación ambulatoria	Honorarios del médico/cirujano	UCHealth Memorial Facility Coseguro del 15% Todos los demás centros Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	————ninguno————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$250, deducible eximido	Copago de \$250	Todas las hospitalizaciones se deben precertificar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas. Los servicios de médico de urgencia están cubiertos el 100%, <u>deducible</u> eximido dentro y fuera de la <u>red</u> .
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$100	Copago de \$100	El <u>deducible</u> está eximido dentro y fuera de la <u>red</u> .
	Atención de urgencia	Copago de \$50	Coseguro del 50%	El <u>deducible</u> está eximido <u>dentro de la red</u> . Se aplican <u>coseguros</u> diagnósticos y quirúrgicos.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Centro UCHealth Memorial Coseguro del 15% Todos los demás centros Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Se exige precertificación.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Outpatient Copago de \$25, deducible eximido	Coseguro del 50%	Incluye tratamiento psiquiátrico intensivo diurno y <u>hospitalización</u> parcial. Los análisis de drogas se realizan junto con un Programa de Tratamiento de Abuso de Sustancias – Sin cargo después del <u>deducible</u> . Los <u>copagos</u> se pagan por visita. El control de medicamentos es sin costo <u>dentro de la red</u> y tiene un <u>coseguro</u> del 50% después del <u>deducible</u> fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes		Eventos médicos comunes
		Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios internos	Centro UCHHealth Memorial Coseguro del 15% Todos los demás centros Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Se exige precertificación.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	CMPE PCP Copago de \$25, deducible eximido Tier 1 Especialista Copago de \$40, deducible eximido Todos los demás proveedores Copago de \$35-PCP Copago de \$60-Specialist	Coseguro del 50%	Copago solo en la primera visita al consultorio. El <u>costo compartido</u> no aplica para servicios preventivos. Según el tipo de servicio <u>dentro de la red</u> , puede aplicarse un <u>copago</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y series que se describen en otra parte del RBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Centro UCHHealth Memorial Coseguro del 15% Todos los demás centros y servicios hospitalarios Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	—————ninguno—————
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Centro UCHHealth Memorial Coseguro del 15% Todos los demás centros y servicios hospitalarios Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	—————ninguno—————
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Cubre hasta dos (2) horas en un período de veinticuatro (24) horas.

Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes		Eventos médicos comunes
		Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	Ambulatorio Copago de \$35 Paciente internado en el Centro UCHHealth Memorial Coseguro del 15% Todos los demás centros y servicios hospitalarios Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Incluye terapia del habla, física y ocupacional. Máximo anual para <u>servicios de rehabilitación ambulatoria</u> : límite de 180 días anuales por lesión y enfermedad combinados con terapia cardíaca y pulmonar. Máximo anual para <u>servicios de rehabilitación para pacientes internados</u> : sesenta (60) visitas combinadas por participante. Terapia de rehabilitación pediátrica para participantes de hasta diez (10) años con un límite de sesenta (60) visitas combinadas por año de beneficio. El nivel de beneficios para terapia ocupacional, física o del habla puede exceder el límite de sesenta (60) visitas por año de beneficio si dicha terapia es necesaria por razones médicas para tratar trastornos del espectro autista. La evaluación inicial no cuenta para el límite máximo y se paga bajo el beneficio de visita al consultorio. Se exige precertificación para la terapia de rehabilitación pediátrica para pacientes pediátricos [de hasta diez (10) años de edad.
	Servicios de habilitación	Ambulatorio Copago de \$35 Paciente internado en el Centro UCHHealth Memorial Coseguro del 15% Todos los demás centros y servicios hospitalarios Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	ninguno

Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes		Eventos médicos comunes
		Eventos médicos comunes	Eventos médicos comunes	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%	Incluye medicamentos con receta relacionados. Máximo de por vida: trescientos sesenta y cinco (365) días. Se exige precertificación.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 0%	Coseguro del 50%	Excluye oxígeno y equipos y suministros relacionados. El alquiler se paga hasta el precio de compra permitido.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Copago único de \$150	Coseguro del 50%	Incluye atención para pacientes internados, servicios médicos, <u>medicamentos con receta</u> , <u>atención médica en el hogar</u> , servicios de apoyo emocional para el paciente y los familiares, servicios de duelo y servicios de ama de casa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Coseguro del 50%	Exámenes de la vista de rutina para participantes de dieciocho (18) años, cuando el participante no esté cubierto por el <u>Plan COCS Vision Service</u> . El examen de la vista de rutina es realizado por un <u>especialista</u> .
	Anteojos para niños	No cubiertos	No cubiertos	_____ninguno_____
	Chequeo dental pediátrico	No cubiertos	No cubiertos	_____ninguno_____

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 cosmética • Atención dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención que no es de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU. • Servicios de enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la visa de rutina (adultos) • Atención de los pies de rutina (excepto cuando sea necesario por razones médicas)
--	---	--

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 • Cirugía bariátrica • Servicios quiroprácticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Tratamiento para la infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Programas para bajar de peso
--	---	--

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: Departamento de la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el administrador de COBRA del plan de The City of Colorado Springs, 30 S. Nevada Avenue, P.O. Box 1575, Mail Code 720, Colorado Springs, CO 80901-1575, 719-385-5125. 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: Departamento de la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

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

AmeriBen
Attention: Appeals Coordination
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
Correo electrónico: custserv@ameriben.com
Servicio al Cliente: 1-866-955-1482 Fax: 208-424-0595

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

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

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

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-955-1482.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-955-1482.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-955-1482.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-955-1482.

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.* —————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con 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	\$500
■ Especialista <i>costo compartido</i>	\$40
■ Hospital (instalaciones) <i>costo compartido</i>	15%
■ Otro <i>costo compartido</i>	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>	
Deducibles	\$700
Copagos	\$20
Coseguro	\$1,900
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$2,630

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	\$500
■ Especialista <i>costo compartido</i>	\$40
■ Hospital (instalaciones) <i>costo compartido</i>	15%
■ Otro <i>costo compartido</i>	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	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$800
Coseguro	\$20
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,320

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ Especialista <i>costo compartido</i>	\$40
■ Hospital (instalaciones) <i>costo compartido</i>	15%
■ Otro <i>costo compartido</i>	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	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$400
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$700