El documento de Resumen y Beneficios de Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le indica de qué modo usted y el plan comparten los costos de los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado tarifa) se ven un documento separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para conseguir una copia de las cláusulas de cobertura completas, incluida la Descripción del Resumen del Plan, visite csacbenefis.org o llame al 1-800-293-1370. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos que aparecen subrayados, consulte el Glosario. Pueden ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o puede llamar al 1-800-293-1370 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Proveedores de la red por año calendario: $ 0. Proveedores fuera de la red por año calendario: $500/persona; $1,500/familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares inscritos en el plan, cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagada por todos los familiares alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. Todos los servicios y suministros obtenidos de los Proveedores de la Red, así como también servicios de ambulancia, servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencias y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios obtenidos de Proveedores Fuera de la Red están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si todavía no ha alcanzado la cantidad deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcances deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	**Proveedores de la red del plan médico por año calendario: $2,500/persona; $5,000/familia** **Proveedor fuera de la red: Sin límite de gastos de bolsillo.** **Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Proveedores de la Red por año calendario: $1,000/persona; $2,000/familia**	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo total familiar.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	**Para el plan Médico: tarifas, cargos de facturación de balance, atención médica que este plan no cubre, gastos del plan de visión, gastos de medicamentos para pacientes ambulatorios minoristas / pedidos por correo (que tienen un límite de gastos del bolsillo separado), tratamiento quiropráctico y deducibles,copagos y coseguros fuera de la red, excepto servicios de emergencia, ciertos servicios que no son de emergencia proporcionados por un proveedor que no es PPO en un centro PPO y / o servicio de ambulancia aérea (según lo cubierto por la Ley federal de No Sorpresas). El límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados no incluye tarifas, cargos por facturación de balance, costos médicos y atención médica que no cubre este plan.**	**Si usted paga estos gastos, no se los tiene en cuenta para el límite degastos de bolsillo.**
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Para consultar una lista de los proveedores de la red, visite www.MyIBXTPAbenefits.com o llame a Independence Administrators (IA) al 1-800-810-BLUE.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará el costo máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de balance). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una derivación para consultar a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que desee sin necesidad de una derivación.

Todos los costos de copago y coseguro que figuran en esta tabla se aplican una vez que haya alcanzado su deducible, si es que se aplica un deducible.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una herida o enfermedad	Visita al consultorio: $15 copago/visita. Visita en línea: $5 copago/visita.	50% coseguro.	Sin cargo.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	Visita a un especialista	Visita al consultorio: $30 copago/visita. Visita en línea: $5 copago/visita.	50% coseguro.	Sin cargo.
	Atención preventiva/ estudios de diagnóstico/ vacunas	Sin cargo.	50% coseguro.	El plan cubre los servicios preventivos y suministros descritos en: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/. Se aplican guías sobre edad y frecuencia a los servicios cubiertos de atención preventiva. Es posible que debe pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique los gastos que cubre su plan.
Si le realizan un examen	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	$30 copago/examen.	50% coseguro.	Sin cargo.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	$30 copago/examen	50% coseguro.	Se requiere la autorización previa de algunas pruebas de imagen (incluyendo, pero no limitado a, CT, CTA, MRA, MRI, Cardiología nuclear, tomografías PET) para evitar una penalización económica o impago.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos	**Farmacia minorista para un suministro de 30 días: $10 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: $25 copago por receta No hay cargo por medicamentos preventivos de la ACA (por ejemplo, anticonceptivos genéricos)**	$60 copago más 20% coseguro.	• **No se aplica un deducible por proveedor fuera de la red.** • **Con el fin de evitar el incumplimiento del pago, los medicamentos de mantenimiento necesitan un pedido por correo luego de surtir la receta por segunda vez en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman para tratar condiciones cronicas como la diabetes, la artritis o la presion alta.** • **Algunas recetas están sujetas a autorización previa (para evitar el incumplimiento del pago) y límites de dosis.** **De acuerdo con las leyes federales, ciertos medicamentos recetados y de venta libre se pagan sin cargo con una receta médica.** **Si compra un medicamento de marca cuando está disponible unmedicamento genérico, usted paga el costo compartido del**

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener másinformación sobre la medicamentos recetados en www.express-scripts.com o al llamar al 1-800-987-7836.	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: $40 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: $100 copago por receta. No hay cargo por medicamentos preventivos de marca de la ACA si un genérico se considera médicamente inadecuado.	$60 copago mas 20% coseguro.	medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico. • Si surte una receta en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el 100% del costo del medicamento al momento de la compra y luego presentar una reclamación ante Express Scripts para que se le haga un reintegro. Además, en ese caso, el plan paga el 80% de la cantidad que pagaría si usted hubiera utilizado una farmacia minorista de la red. • Se pueden obtener suministros de medicamentos de mantenimiento para 90 días en cualquier farmacia minorista Smart90.
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: $60 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: $150 copago por receta.		
	Medicamentos de especialidad	Usted paga un copago de $50 por receta para un suministro de 30 dias y un copago de $100 por receta para un suministro de 90 días.	Sin cobertura	• No se aplica un deducible por proveedor fuera de la red. Para medicamentos de especialidad se necesita una autorización previa (para evitar el incumplimiento del pago) que se obtiene llamando a la farmacia de medicamentos de especialidad Accredo al 1-800-803-2523. • La lista de medicamentos especializados de SaveOnSP está disponible llamando al 1-800-683-1047. Su costo compartido por estos medicamentos especializados “no esenciales”, así como cualquier tarifa cantidad pagado por el fabricante del medicamento a través de su programa de asistencia de copagos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambula-toria)	$250 de copago por cirugía.	50% coseguro hasta un cargo máximo permitido de $5,000 por sesión operativa y $3,500 por otros	Se requiere la autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una penalización económica o impago.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	$30 copago por cirugía. No se aplica deducible.	Servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se requiere la autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una multa financiera o falta de pago.Cirujano auxiliar pagadero al 20% del cargo permitido para un cirujano primario (10% para los servicios de una enfermera registrada con licencia estatal primera asistente o asistente médico con licencia estatal).
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	$250 copago por visita.	Por atención médica de emergencia: $250 copago por visita. No se aplica deducibles. Para atención que no es de emergencia: $250 copago por visita más 50% coseguro.	Es posible que los honorarios profesionales del médico/proveedor se facturen aparte. El copago no se aplica si la visita da lugar a la admisión inmediata al hospital como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	$100 copago por viaje.	$100 copago por viaje. No se aplica deducible.	• El transporte electivo (no urgente) terrestre, aéreo, y marítimo, incluidos los traslados hospitalarios con ingreso, requiere autorización previa para evitar una penalización económica o impago. • Los servicios profesionales de ambulancia por aire, mar, o tierra se pagan hasta y desde el hospital más cercano en el que se pueda proporcionar tratamiento. • No se le cobrara el balance por los servicios de ambulancia aérea cubiertos. • Los servicios de un técnico de Emergencias Médicas (EMT) están cubiertos si cree razonablemente que existió una emergencia médica, aunque no lo transportan a un hospital de los beneficios regulares del plan para de ambulancia para emergencia médica.
	Atención de urgencia	$50 copago por visita.	50% coseguro.	Sin cargo.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	$500 copago por admisión.	50% coseguro.	Se requiere la autorización previa de una admisión hospitalaria para evitar una penalización económica o impago.
	Honorarios del médico/cirujano	$30 copago por admisión. No se aplica deducible.	50% coseguro.	Se requiere autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una multa financiera o falta de pago. Cirujano auxiliar pagadero al 20% del cargo permitido para un cirujan o primario (10% para los servicios de una enfermera registrada con licencia estatal primera asistente o asistente médico con licencia estatal).
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas a consultorios y otros servicios para pacientes ambulatorios: $15 copago por visita. Visita en línea: Sin cargo.	50% coseguro.	La autorización previa es necesaria para algunos servicios ambulatorios (por ejemplo, programas intensivos ambulatorios, hospitalización parcial, etc.) para evitar una penalización económica o impago.
	Servicios para pacientes hospitalizados	$500 copago/admisión.	50% coseguro.	Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización para evitar una penalización económica o impago.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si está embarazada	Visitas a consultorios	No hay cargo para visitas a consultorios. No se aplica deducible.	Para el empleado o cónyuge: 50% coseguro.	• **No se aplica el costo compartido para servicios preventivos.** • **Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro a servicios fuera de la red.** • **La atención de maternidad puede incluir estudios y servicios que figuran en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos).** • **No está cubierta la atención prenatal (aparte de los estudios de diagnóstico exigidos por la ACA) para hijos dependientes.**
	Servicios profesionales de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: $30 copago por parto. No se aplica deducible.	Para el empleado y su cónyuge: 50% coseguro.	Sin cobertura para gastos del parto de un hijo dependiente; debe pagar el 100%, incluso con proveedores de la red (ciertos Servicios de Emergencia pueden estar cubiertos por la Ley No Surprise).
	Servicios de establecimientos de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: $500 copago por parto. No se aplica deducible.	Para el empleado y su cónyuge: 50% coseguro.	
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras	Atención médica en el hogar	$30 copago por visita. No se aplica deducible.	50% coseguro.	El plan cubre servicios que exigen las habilidades y entrenamiento de enfermeros. Se recomienda obtener una autorización previa para la atención médica en el hogar. No hay cobertura para los servicios de enfermeras auxiliares, asistencia de apoyo o limpieza.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
necesidades médicas especiales	Servicios de rehabilitación	Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados: $500 de copago por admisión. No se aplica un deducible. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: $15 copago por visita. No se aplica deducible.	50% coseguro.	La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla incluyen límites de visitas anuales y/o de por vida (no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual). Se requiere una autorización previa para los Servicios de Rehabilitación para Pacientes Hospitales para evitar una multa financiera o falta de pago.
	Servicios de habilitación	$15 copago por visita. No se aplica deducible.	50% coseguro.	La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla incluyen límites de visitas anuales y/o de por vida (no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual).
	Atención de enfermería especializada	$500 copago por admisión. No se aplica deducible.	$500 copago por admisión. No se aplica deducible.	Se paga solo si se lo hospitaliza durante al menos 5 días consecutivos inmediatamente antes de su ingreso a un centro de enfermería especializada. Se recomienda obtener una autorización previa para la admisión en un centro de enfermería especializada.
	Equipo médico duradero	$30 copago por ítem. No se aplica deducible.	50% coseguro.	**Se requiere autorización previa para ciertos equipos médicos duraderos para evitar una penalización económica o impago. El alquiler está cubierto hasta el precio de compra.**
	Servicios de hospicio	$100 copago por admisión. No se aplica deducible.	10% coseguro.	El beneficio máximo es de 180 días/por vida (los límites de días no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual). Se requiere autorización previa del hospicio para pacientes hospitalizados para evitar multas financieras o impago.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para menores de edad	Por favor consulte su Resumen de Beneficios de Miembro de VSP para información específica del plan.		• Cobertura de visión es disponible bajo un plan de visión separado a través de VSP. • Se cubre un examen de la vista cada 12 meses. • Los marcos se pagan una vez cada 12 meses. • Visite csacbenefits.org para más información.
	Anteojos para menores de edad	Por favor consulte su Resumen de Beneficios de Miembro de VSP para información específica del plan.		
	Examen dental de rutina para menores de edad	Consulte su comparación de beneficios dentales para obtener información específica del plan.		• Su cobertura dental está disponible bajo el plan dental separado a través de United Healthcare. • Visite csacbenefits.org para más información.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (verifique su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de infertilidad
- Atención de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de perdida de peso (excepto según lo exija la ley de reforma sanitaria)

Otros Servicios Cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios: Esta no es una lista completa; consulte el documento de su plan).

- Atención quiropráctica (hasta 24 visitas por año calendario)
- Audífonos (se cubren prueba de audición y audífonos hasta un máximo de $1,000 por oído cada 24 meses)
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños) disponible a través de United Healthcare
- Atención ocular de rutina (adultos y niños) disponible a través de VSP

Sus Derechos para Continuar la Cobertura: Existen agencias que pueden asistirle si desea continuar con su cobertura una vez que esta terminada. La información de contacto de dichas agencias es la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de 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 a Quejas y Apelaciones: Existen agencias que pueden asistirle si tiene una queja contra su plan debido a que le han rechazado una reclamación. Puede presentar una queja o una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por la reclamación médica. Los documentos de plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una apelación por una reclamación o una queja ante su plan por el motivo que sea. Para obtener asistencia o más información sobre sus derechos o este aviso, comuníquese con el administrador de reclamaciones de planes médicos (Independence Administrators) al 1-833-242-3330 o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan brinda cobertura mínima esencial? **Sí.** Generalmente, la **cobertura mínima** esencial incluye planes de seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos pagos de **cobertura esencial** mínima puede que no sea elegible para un **crédito fiscal de tarifas**.

¿Este plan satisface los niveles de valor mínimos? **Sí.** Si su plan no satisface los niveles de valor mínimos, es posible que califique para un crédito fiscal de tarifas con el fin de que pueda pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso de Idiomas: Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-242-3330. Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-242-3330. Chino (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-833-242-3330. Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-242-3330.

Para ver ejemplos sobre el modo en que este plan podría cubrir los costos de una situación medica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Sobre estos Ejemplos de Cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que es posible que deba pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal con proveedores de la red y parto en un hospital)

n **Deducible total del plan**	**$0**
n **Copago para especialista**	**$30**
n **Copago para el hospital (establecimiento)**	**$500**
n **Otro copago**	**$250**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal)*
Servicios profesionales de atención durante el parto
Servicios de establecimientos de atención durante el parto
Estudios de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita a un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaria

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$700
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	$20
Total que Peg pagaría	**$720**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(a un año de atención de rutina con proveedores de la red de una condición bien controlada)

n **Deducible total del plan**	**$0**
n **Copago para especialista**	**$30**
n **Copago para el hospital (establecimiento)**	**$500**
n **Otro copago**	**$250**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)
Estudios de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaria

Costo compartido	
Deducible	$0
Copagos	$1,260
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	**$0**
Total que pagaría Joe	**$1,260**

La fractura simple de Mia
(visita una sala de emergencias de la red y atencion de seguimento)

n **Deducible total del plan**	**$0**
n **Copago para especialista**	**$30**
n **Copago para el hospital (establecimiento)**	**$500**
n **Otro copago**	**$250**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Estudio de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servcios de rehabilitación (*fisioterapi*)

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaria

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	*$720
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	$0
Total que pagaría Mia	**$720**

* Los copagos en el ejemplo de la factura incluyen un copago de sala de emergencias de $250 y varios copagos por otros servicios. No se ha aplicado el copago hospitalero de $500.
El **plan** sería responsable de cubrir los servicios cubiertos de este EJEMPLO.