

 El Resumen de beneficios y cubierta (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 cubierta, o para obtener una copia de los términos de cubierta completos, llamar a 1.888.758.1616 o al 787.281.2800. 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.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr) o [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary), o llamar a 1.888.758.1616 o al 787.281.2800 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y de atención primaria están cubiertos antes de alcanzar su deducible.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="http://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	Sí. \$50 por asegurado por beneficio de Farmacia.No hay otros deducibles por servicios específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	\$ 6,350 (individual) \$12,700 (familiar)	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir su propio <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> hasta que se complete el total familiar del <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> .
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Copagos en ciertos servicios, primas, cuidados de salud no cubiertos por el plan y los gastos de beneficios no esenciales.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí. Véa <a href="http://www.mcs.com.pr">www.mcs.com.pr</a> o llame al 1-888-758-1616 (libre de costo) o al 787-281-2800 (área metro) para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> tiene dos <a href="#">redes de proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un proveedor en la Red VIP. Usted pagará más si acude a un proveedor en la Red PPO. Usted pagará lo máximo si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.

¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin <a href="#">un referido</a> .
--	-----	--

 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		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		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 <a href="#">proveedor de salud</a>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<b>Generalista:</b> \$0 copago por visita (Red VIP); \$0 copago por visita (Red PPO).	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.  En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 50% de coseguro.	Ninguna.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	<b>Especialista:</b> \$12 copago por visita (Red VIP); \$15 copago por visita (Red PPO) <b>Subespecialista:</b> \$18 copago por visita (Red VIP); \$20 copago por visita (Red PPO).		
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Ningún cargo por atención preventiva ni vacunas.  <b>Examen colectivo:</b> \$12 copago por visita (Red VIP); \$15 copago por visita (Red PPO) de especialista.		
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	<b>Laboratorios:</b> 35% coseguro <b>Rayos X:</b> 35% coseguro		Ninguna.

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	50% coaseguro		Requiere pre-autorización. <b>CT Scan/MRI:</b> uno (1) por región anatómica, por año póliza. <b>PET CT:</b> uno (1) por año póliza.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cubierta de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.mcs.com.pr">www.mcs.com.pr</a>	Medicamentos genéricos	<b>Punto de servicio:</b> \$10 copago por receta (preferidos) / \$10 copago por receta (no preferidos). <b>Por correo:</b> \$20 copago por receta (preferidos) / \$20 copago por receta (no preferidos). <b>Por despacho a 90 días:</b> \$30 copago por receta (preferidos) / \$30 copago por receta (no preferidos).		<b>Regla de despacho:</b> Si el médico y/o el asegurado solicita una receta de marca, existiendo un genérico disponible, el asegurado debe asumir la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el copago o coaseguro de medicamento genérico correspondiente.  <b>Despacho a 90 días:</b> Los asegurados tienen la opción de obtener sus medicamentos a través de un programa de suministro de 90 días con copago o coaseguro aplicable.
	Medicamentos de marcas preferidas	<b>Punto de servicio:</b> Aplica 90% coaseguro <b>Por correo o por despacho a 90 días:</b> Aplica 90% coaseguro		Los medicamentos especializados requieren preautorización. Aplican limitaciones de terapia escalonada, cantidad y especialidad. Vea el formulario de medicamentos aplicable a su plan*.
	Medicamentos de marcas no preferidas	<b>Punto de servicio:</b> Aplica 90% coaseguro <b>Por correo o por despacho a 90 días:</b> Aplica 90% coaseguro		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	<b>Sólo en puntos de servicio:</b> Aplica 90% (preferidos)/ (no preferidos).		Una (1) inyección de glucagón y reemplazo, para los asegurados diagnosticados con diabetes mellitus tipo I.
Medicamentos fuera del recetario (OTC)	\$1 copago por medicamento		Puede acceder a medicamentos fuera del recetario sujetos a que el médico escriba "OTC" y el nombre del medicamento requerido en la	

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				receta. MCS Life cubre antihistamínicos no sedantes; Inhibidor de la bomba de protones; descongestionantes oftálmicos; fármacos anti-inflamatorios no esteroideos; antifúngicos; combinaciones de laxantes analgésicos para la tos y para terapias de úlceras; esteroides nasales; Lágrimas artificiales y lubricantes.
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<b>Facilidad ambulatoria:</b> \$200 copago	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	50% copago para procedimientos endoscópicos en facilidad ambulatoria.
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.	En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 50% de coaseguro.	Ninguna.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<b>Accidente:</b> \$40 copago por visita <b>Enfermedad:</b> \$100 copago por visita	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<b>Ambulancia terrestre en PR:</b> MCS reembolsará hasta un máximo de \$80 por viaje. <b>Ambulancia aérea en PR:</b> Aplica 50% coaseguro de las tarifas establecidas entre MCS y el proveedor contratado.		<b>Ambulancia terrestre en PR y EEUU:</b> Máximo de reembolso \$80 por traslado entre hospitales. Traslados de emergencia se pagarán al proveedor.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$20 copago por visita		<b>Ambulancia aérea en PR:</b> 50% coaseguro.
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<b>Hospitalización:</b> Nivel 1: \$200 copago por admisión, Nivel 2 \$750 copago por admisión.	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.	<b>Hospitalizaciones:</b> Los hospitales contratados están clasificados en Nivel 1 y Nivel 2 con copagos diferentes. Para detalles, vea el Directorio de proveedores aplicable a su plan.
	Honorarios del médico/cirujano	Ningún cargo.	En EEUU, se cubren solamente los casos de	

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<b>Visita a psicólogo o psiquiatra:</b> \$12 copago por visita (Red VIP); \$15 copago por visita (Red PPO)	emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 50% de coaseguro.	<b>Psicólogos o Psiquiatra:</b> Cubierto directamente a través de proveedores contratados o a través de MCS Solutions.  También están cubiertas las visitas al consultorio, los profesionales de parto/nacimiento y los servicios en las instalaciones.  Disponibles también para hijas dependientes.
	Servicios internos	<b>Hospitalización completa:</b> Nivel 1: \$200 copago por admisión, Nivel 2 \$750 copago por admision. <b>Hospitalización parcial:</b> \$100 copago por admisión. (Red PPO)		
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$12 copago por visita (Red VIP); \$15 copago por visita (Red PPO) de especialista.		
	Servicios de parto profesionales	Ningún cargo.		
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Nivel 1: \$200 copago por admisión de hospitalización. Nivel 2 \$750 copago por admision de hospitalización.		
Si necesita ayuda recuperándose e o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	50% coaseguro	Las emergencias en Puerto Rico son cubiertas por ley.  En EEUU, se cubren solamente los casos de emergencia y los servicios no disponibles en Puerto Rico, sujeto a preautorización del Departamento de Asuntos Clínicos de MCS Life, a través de la Red <i>UnitedHealthcare</i> . Aplica un 50% de coaseguro.	<b>Cuidado de la salud en el hogar:</b> Máximo de sesenta (60) visitas por año póliza. Requiere preautorización. <b>Quiropractico:</b> Veinte (20) manipulaciones por año póliza. <b>Servicios de habilitación:</b> Veinte (20) terapias por año póliza. <b>Servicios de rehabilitación:</b> Veinte(20) terapias por año póliza.  Requiere preautorización de Asuntos Clínicos.  Requiere preautorización. <b>Solo cubre:</b> cama de posiciones, silla de ruedas estandarizada, oxígeno y equipo necesario para su administración. <b>Asegurados con Diabetes Mellitus Tipo I (con orden médica):</b> una
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$10 copago		
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$10 copago		
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	30% coaseguro		
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	50% coaseguro		

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.mcs.com.pr](http://www.mcs.com.pr).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				bomba de insulina, un glucómetro cada tres años, 150 lancetas (cada mes) y 150 tirillas (cada mes).
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	No cubierto		No está cubierto.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$5 copago por examen		<b>Menores de 21 años de edad:</b> Un examen de refracción por asegurado por año póliza.
	Anteojos para niños	0% coaseguro		<b>Menores de 21 años de edad:</b> Un par de espejuelos (lentes y montura) por año póliza o doce pares de lentes de contacto desechables al año.
	Chequeo dental pediátrico	0% de coaseguro en diagnóstico y preventivo de cubierta básica.		<b>Menores de 21 años de edad:</b> Dos exámenes dentales y limpiezas por año póliza (cada seis meses). Un juego de radiografías de mordida y periapicales cada tres años. Tratamiento fluoruro cubierto como beneficio esencial.

### 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"> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado a largo plazo (<i>long term care</i>)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera privada</li> <li>• Programa para pérdida de peso</li> <li>• CPAP y BPAP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son emergencias fuera de EEUU.</li> <li>• Tratamientos de infertilidad</li> </ul> |
|---|---|---|

**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"> <li>• Acupuntura (a través de MCS Alivia)</li> <li>• Anteojos (espejuelos)</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los ojos (Adulto)</li> <li>• Cuidado dental (Adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los pies (Podiatras)</li> <li>• Quiropráctico</li> </ul> |
|--|---|--|

**Sus derechos a continuar con su cubierta:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cubierta cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico acceda a [www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr) o llame al 787.304.8686; para el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (CCIIO, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU acceda a [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o a llame al 1.877.267.2323 x. 61565; para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al [www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html](http://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html) o llame al 1.866.444.EBSA (3272). Podría tener también otras opciones de cubierta, como comprar cubierta de seguro individual a través del [mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.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: MCS Life Insurance Company ingresando al <http://www.mcs.com.pr> o llamando al número telefónico que aparece en la parte de atrás de su tarjeta, o llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182); para la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, contacte a [www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr) o llame al 787.304.8686; o para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EEUU acceda al [www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html](http://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html) o llame al 1.866.444.EBSA (3272).

#### **¿Este plan proporciona cubierta esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cubierta 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 cubierta 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 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

—————*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 cubierta:**



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

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#)\* \$ 0
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 400
- Coseguro de pruebas diagnósticas 75%

**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 \$ 13,020**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 100
Copagos	\$ 731
Coseguro	\$ 570
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$ 1401</b>

**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](#)\* \$ 0
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 400
- Coseguro de pruebas diagnósticas 50%

**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 \$ 7,389**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 100
Copagos	\$ 134
Coseguro	\$ 3,222
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$ 3456</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#)\* \$ 0
- Copago de [Especialista](#) \$ 18
- Copago de Hospital (instalaciones) \$ 400
- Coseguro de pruebas diagnósticas 75%

**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 \$ 1,929**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$ 0
Copagos	\$ 344
Coseguro	\$ 212
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$ 0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$ 556</b>

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

**Nota:** \*Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cubierta. Vea arriba la línea “¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?” (pág. 1).