

*Los participantes que viven en New York City o en los condados aledaños de NY y NJ, o en CT, tienen la red POS. Aquellos que viven fuera de esta área, tienen la red PPO.



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo 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 acerca del costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se suministrará de manera separada. Esto es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura u obtener una copia de su Descripción abreviada del Plan, visite <http://health.32bjfunds.org/> o comuníquese al 1- 800-551-3225. Para conocer las definiciones de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o comunicarse al 1-800-551-3225 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0 para los proveedores dentro de la red \$1,000 por persona/\$2,000 por familia para los proveedores fuera de la red .	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia que pertenecen al plan , cada miembro de la familia debe alcanzar 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 total.
¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí, dentro de la red porque no hay deducible . No, cuando se proveen fuera de la red.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún si no ha alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Puede ver una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Deberá alcanzar el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance deducibles específicos para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos que paga de su bolsillo para este plan ?	Para proveedores dentro de la red \$9,450 individual/\$18,900 familiar; para proveedores fuera de la red \$9,450 individual/ \$18,900 familiar.	El límite de gastos que paga de su bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.
¿Qué se excluye del límite de gastos que paga de su bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldos , las multas por no haber obtenido autorización previa, y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos que paga de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.32bjfunds.org o comuníquese al 1-800-551-3225 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted paga el monto más bajo si utiliza un proveedor de un 5 Star Center. Usted paga más si utiliza un proveedor preferido dentro de la red del plan. Usted paga aún más si utiliza un proveedor no preferido dentro de la red del plan. Paga el monto más alto si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el monto que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que desee sin una derivación .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que ha alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	\$40 de copago por visita al consultorio		50% de coseguro	Ninguna.
	Visita a un especialista	Sin cargo	\$40 de copago por visita al consultorio		50% de coseguro	
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación	Sin cargo	Sin cargo		50% de coseguro	\$75 de copago por visita para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital o en un centro hospitalario de proveedores preferidos. \$250 de copago por visita para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital o en un centro hospitalario de proveedores no preferidos. Cuando utiliza un proveedor fuera de la red el Plan paga el 50% de coseguro del monto permitido después del deducible . Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué es lo que pagará el plan .
	Visita al consultorio de otro profesional	No hay cargos para servicios de quiropráctica	\$40 de copago por visita de quiropráctica		50% de coseguro por atención quiropráctica	La cobertura de atención quiropráctica se limita a 10 visitas por año. La cobertura de acupuntura se limita a 20 visitas por año. La cobertura combinada de terapia ocupacional, terapia de la vista y terapia del habla se limita a 30 visitas por año. La cobertura de fisioterapia para pacientes ambulatorios se limita a 30 visitas separadas por año. Se requiere autorización previa. \$75 de copago del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario preferido; \$250 de copago del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario no preferido.
	No hay cargos para servicios de acupuntura	\$40 de copago por visita de acupuntura		Sin cobertura		
	No hay cargos para servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla	\$40 de copago por visita de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla		Sin cobertura		

*Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en www.32bjfunds.org.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo		50% de coseguro	\$75 de copago del centro por visita para pruebas diagnósticas (no se incluyen los análisis de sangre) en un centro hospitalario preferido. \$250 de copago del centro por visita para pruebas diagnósticas (no se incluyen los análisis de sangre) en un centro hospitalario no preferido.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	\$100 de copago por prueba	\$100 de copago por prueba	\$250 de copago por prueba	50% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos con receta disponible en www.optumrx.com .	Medicamentos genéricos	No corresponde	\$10 de copago por un suministro para hasta 30 días \$20 de copago por un suministro para hasta 90 días		Sin cobertura	Solo medicamentos incluidos en el Formulario. Se cubre un suministro para hasta 30 días en farmacia minorista y un suministro de medicamentos de mantenimiento para hasta 90 días. Los medicamentos de mantenimiento requieren un surtido de un suministro para 90 días (84 días para medicamentos con dosificación semanal) en una farmacia CVS o a través del servicio de envío a domicilio de OptumRx después de que se haya cumplido con una asignación minorista (por lo general, dos surtidos).
	Medicamentos de marca	No corresponde	\$30 de copago por un suministro para hasta 30 días \$60 de copago por un suministro para hasta 90 días		Sin cobertura	Si requiere un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted paga la diferencia del costo entre el de marca y el genérico más el copago .
	Medicamentos especializados	No corresponde	El mismo copago que para los medicamentos genéricos y de marca que se indican arriba		Sin cobertura	Pídale a su médico que llame a OptumRx al 1-844-569- 4148 para obtener información sobre las alternativas. Ciertos medicamentos están sujetos a autorización previa, terapia escalonada y/o limitaciones de cantidad. Su médico puede comunicarse con OptumRx al 1-844-569-4148 para obtener información adicional. Medicamentos especializados solo disponibles a través del Specialty Pharmacy Program de OptumRx llamando al 1-877- 838-2907. La participación en el Variable Copay Program puede reducir los copagos de los medicamentos especializados.

*Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en www.32bjfunds.org.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo	Sin cargo		50% de coseguro	\$75 de copago del centro por visita por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario preferido. \$250 de copago del centro por visita por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario no preferido.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Sin cargo	Sin cargo		50% de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en una sala de emergencias	No corresponde	\$100 de copago por visita		\$100 de copago por visita	El copago aumenta a \$200 para todas las visitas a la sala de emergencias después de la 2da visita en el mismo año calendario.
	Transporte médico de emergencia	No corresponde	Sin cargo		Sin cargo	Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.
	Atención urgente	Sin cargo	\$40 de copago por visita al consultorio		50% de coseguro	\$40 de copago por visita de atención urgente a un 5 Star Center Proveedores Westmed y Summit.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	No corresponde	\$100 de copago por admisión	\$1,000 de copago por admisión	50% de coseguro	No se cubren las habitaciones privadas. \$100 de copago por admisión de emergencia en centros preferidos y no preferidos. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	No corresponde	Sin cargo		50% de coseguro	

*Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en www.32bjfunds.org.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará				Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo		\$20 de <u>copago</u> por visita	50% de <u>coseguro</u> ***	Los servicios para pacientes internados, y algunos servicios para pacientes ambulatorios, requieren autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, se aplica una multa de \$250. \$75 de <u>copago</u> del centro por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores preferidos. \$250 de <u>copago</u> por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores no preferidos.
	Servicios para pacientes internados	No corresponde	\$100 de <u>copago</u> por visita	\$1,000 de <u>copago</u> por visita	50% de <u>coseguro</u> ***	\$100 de <u>copago</u> por admisión de emergencia en centros preferidos y no preferidos. ***No se cubren los proveedores de NY no participantes que ofrecen servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados que no cuenten con la certificación/licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias, ni los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo		\$40 de <u>copago</u> por la 1ra visita únicamente	50% de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en cualquier otra parte del SBC (por ejemplo, la ecografía).
	Servicios profesionales de centros de maternidad/parto	No corresponde		Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Servicios de centros de maternidad/parto	No corresponde	\$100 de <u>copago</u> por admisión	\$1,000 de <u>copago</u> por admisión	50% de <u>coseguro</u>	Si está inscrita en el 32BJ Maternity Program y da a luz en un hospital de este programa, no se le cobrará por el parto.

*Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en www.32bjfunds.org.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	Atención médica a domicilio	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a 200 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Servicios excluidos.
	Atención de enfermería especializada	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a 60 días por año. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de hospicio	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de la vista	Examen de la vista para niños	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura para menores de 19 años	La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses, si tiene cobertura familiar, a través de Davis Vision.
	Anteojos para niños	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura para menores de 19 años	La cobertura se limita a 1 par cada 24 meses, si tiene cobertura familiar, a través de Davis Vision.
	Examen dental para niños	No corresponde	Sin cargo	El monto que exceda el monto permitido	La cobertura se limita a 2 visitas por año calendario, si tiene cobertura familiar, a través de Delta Dental.

*Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en www.32bjfunds.org.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|-----------------------------|--|--|
| • Cirugía estética | • Atención a largo plazo | • Medicamentos de marca y especializados no preferidos |
| • Servicios de habilitación | • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Servicio privado de enfermería |

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| • 20 visitas de acupuntura por año como máximo | • Atención dental (para adultos) a través de Delta Dental | • Atención de los pies de rutina |
| • Cirugía bariátrica solo en un Center of Excellence del 32BJ Health Fund | • Servicios de fertilidad a través de Progyny | • Programas de pérdida de peso (no se incluyen los programas comerciales como Weight Watchers) |
| • 10 visitas de atención quiropráctica por año como máximo | • Audífonos (dentro de la red únicamente 2 de por vida) | |
| | • Atención de la vista de rutina (para adultos) a través de Davis Vision | |

Sus derechos de continuar la cobertura: Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el [plan](#) al 1-800-551-3225. Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto para dichas agencias es: Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que otras opciones de cobertura también estén disponibles para usted, incluida la opción de comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros de salud](#). Para obtener más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o comuníquese al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene un reclamo en contra de su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). Esto se denomina una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información acerca de sus derechos o este aviso, o para recibir asistencia, puede comunicarse con: Member Services al 1-800-551-3225 o la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) por lo general incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito impositivo para primas](#).

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito impositivo para primas](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso en otros idiomas:

Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-551-3225

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-551-3225

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-551-3225

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-551-3225

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

*Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en www.32bjfunds.org.

** Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.32bjfunds.org.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- [Copago](#) para otras radiografías \$10.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio de un [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales de maternidad/parto
 Servicios del centro de maternidad /parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de laboratorio)
 Visita a un [especialista](#) (anestesia)

Costo total hipotético	\$12,642
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$190.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20.0
El total que Peg pagaría es	\$210.0

Este ejemplo presupone que usted tiene cobertura individual y tuvo a su bebé en un hospital preferido, pero no participa en el 32BJ Maternity Program.

El control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina de una afección bien controlada dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- [Copago](#) para otras radiografías \$10.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio de un [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre la enfermedad)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de la glucosa)

Costo total hipotético	\$1,472
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$950.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0.00
El total que Joe pagaría es	\$950.0

Estas cifras presuponen que usted utiliza un hospital preferido, pero no utiliza un proveedor de un 5 Star Center ni participa en el 5 Star Wellness Program del [plan](#). Si utiliza un proveedor de un 5 Star Center y participa en el 5 Star Wellness Program del [plan](#), es posible que pueda reducir los costos. Para obtener más información sobre los proveedores de los 5 Star Centers y el 5 Star Wellness Program, llame a Member Services al 1-800-551-3225.

La fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- [Copago](#) para otras radiografías \$10.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como: [Atención en la sala de emergencias](#) (incluye los suministros médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total hipotético	\$2,635
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$310.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0.00
El total que Mia pagaría es	\$310.0