

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, llame al 1-877-280-2964 o visítenos en [https://globalhealth.com/media/0qbovwzi/cert\\_lggrp\\_ok\\_2021\\_nq\\_gold1-spanish.pdf](https://globalhealth.com/media/0qbovwzi/cert_lggrp_ok_2021_nq_gold1-spanish.pdf). 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.GlobalHealth.com/uniformglossary](http://www.GlobalHealth.com/uniformglossary) o llamar a 1-877-280-2964 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	USD \$2,000 por miembro individual o \$4,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual, hasta que la cantidad total de los gastos de <a href="#">deducible</a> que pagan todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> de la familia completa.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los <a href="#">servicios preventivos</a> , las visitas al consultorio, los análisis de laboratorio y algunos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, aunque todavía no haya alcanzado el <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, puede aplicarse un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios de prevención</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	USD \$3,000 por miembro individual o \$6,000 por familia.	El <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este <a href="#">plan</a> , tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos directos del bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> de la familia completa.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos de la <a href="#">facturación del saldo</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, 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 medica</a> ?	Sí. Para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> , visite <a href="http://www.GlobalHealth.com">www.GlobalHealth.com</a> o llame al 1-877-280-2964.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará el mínimo si acude a un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> de <a href="#">centros preferidos</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor</a> de la red de centros no preferidos. Pagará el máximo si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que el <a href="#">proveedor</a> cobra y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios, como los análisis de laboratorio. Verifique esto con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> pagará algunos o todos los costos para ver a un <a href="#">especialista</a> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <a href="#">referido</a> antes de ver al <a href="#">especialista</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)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	Ninguno
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$50 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Atención quiropráctica: \$35 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Cuidado de los pies: \$25 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	<a href="#">Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</a>	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios de atención preventiva. Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que el <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	Ninguno
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Visita al PCP (médico de atención primaria): Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Visita al <a href="#">especialista</a> : Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Centro preferido: \$300 de <a href="#">copago</a> por estudio. Centro no preferido: \$900 de <a href="#">copago</a> por estudio.	No está cubierto.	Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluye en el <a href="#">copago</a> por consulta con el <a href="#">especialista</a> .

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

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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.GlobalHealth.com">www.GlobalHealth.com</a>	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Suministro para 30 días: sin cargo, medicamentos genéricos de bajo costo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . \$15 de <a href="#">copago</a> por receta, genérico preferido. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Suministro para 90 días: sin cargo, medicamentos genéricos de bajo costo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . \$30 de <a href="#">copago</a> por receta, genérico preferido. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo.  Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de <a href="#">preautorización</a> . *Para obtener detalles, consulte la sección Beneficios de medicamentos recetados en el Manual para miembros de este <a href="#">plan</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo. Los <a href="#">medicamentos de especialidad</a> solo están disponibles en suministros para 30 días.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Suministro para 30 días: \$70 de <a href="#">copago</a> por receta. Suministro para 90 días: \$175 de <a href="#">copago</a> por receta.	No está cubierto.	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Suministro para 30 días: \$95 de <a href="#">copago</a> por receta. Suministro para 90 días: \$285 de <a href="#">copago</a> por receta.	No está cubierto.	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Especialidad preferida: 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$500 de <a href="#">copago</a> por receta. Especialidad no preferida: 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$700 de <a href="#">copago</a> por receta. Medicamentos de quimioterapia orales: 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$100 de <a href="#">copago</a> por receta.	No está cubierto.	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$300 de <a href="#">copago</a> por visita. Centro no preferido: \$900 de <a href="#">copago</a> por visita.	No está cubierto.	Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	No está cubierto.	

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 atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$300 de <a href="#">copago</a> por visita.	\$300 de <a href="#">copago</a> por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos. El <a href="#">copago</a> por atención en la sala de emergencias no se aplica si lo ingresan en el hospital.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$150 de <a href="#">copago</a> por incidente.	\$150 de <a href="#">copago</a> por incidente.	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$20 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$20 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$1,000 de <a href="#">copago</a> por estancia.	No está cubierto.	Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la atención de emergencia o el parto. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	No está cubierto.	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio: Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Programa intensivo para pacientes ambulatorios: Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Programa de hospitalización parcial: Sin cargo	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios de salud conductual. Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> para otros servicios que no sean visitas al consultorio. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios internos	Centro de tratamiento residencial: \$100 de <a href="#">copago</a> por día. Centro de atención intrahospitalaria: \$1,000 de <a href="#">copago</a> por estancia.	No está cubierto.	

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)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Atención prenatal o posnatal sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> para los <a href="#">servicios preventivos</a> . Los servicios profesionales para el nacimiento y el parto están incluidos en los servicios prestados por el centro. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	No está cubierto.	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$750 de <a href="#">copago</a> por estancia.	No está cubierto.	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Sin cargo.	No está cubierto.	Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Límite de 30 visitas por año del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Pacientes hospitalizados: Sin cargo Visita al consultorio: \$35 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Centro ambulatorio de rehabilitación: \$70 de <a href="#">copago</a> por día. Centro hospitalario de rehabilitación: \$225 de <a href="#">copago</a> por día.	No está cubierto.	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Centros ambulatorios y de rehabilitación: Límite de 30 visitas por año del <a href="#">plan</a> . Los servicios hospitalarios se incluyen en la tarifa del centro hospitalario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Pacientes hospitalizados: Sin cargo Visita al consultorio: \$35 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Centro ambulatorio de habilitación: \$70 de <a href="#">copago</a> por día.	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios médicos. Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los servicios hospitalarios se incluyen en la tarifa del centro hospitalario.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	\$100 de <a href="#">copago</a> por día.	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios médicos. Se requieren un <a href="#">referido</a> y <a href="#">preautorización</a> . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Enfermería especializada: Límite de 30 días por año del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	25% de <a href="#">coseguro</a> .	No está cubierto.	

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 ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales (continúa)	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo.	No está cubierto.	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$30 de <a href="#">copago</a> por visita. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto.	Límite de un examen por año del <a href="#">plan</a> .
	Anteojos para niños	Sin cargo.	No está cubierto.	Se limita a un solo par de monturas y lentes básicos o a un primer set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto.	No está cubierto.	Sin cobertura.

## 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](#).)**

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención dental (adulto)
- Atención dental (revisión dental para niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería privada

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

- Atención quiropráctica
- Cirugía estética (reparación de condiciones resultantes de lesiones accidentales o defectos congénitos, cuando sea [médicamente necesaria](#). Para conocer las limitaciones, consulte el Manual para miembros).
- Audífonos (límite de uno por oído cada 48 meses)
- Tratamiento por infertilidad
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Atención de rutina de los pies (cubierta únicamente para los pacientes diabéticos)
- Programas de pérdida de peso (cubiertos solo si los proporciona un [proveedor](#) de la red)

**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: Employees Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados) del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos) llamando al 1-866-444-3272 o visitando [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información al Consumidor y Auditorías de Seguros) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos) llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También puede comunicarse con GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visitando [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com). 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](http://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: Servicio al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visitando [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com), Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272), u Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma) llamando al 1-800-522-0071 o al (405) 521-2991 (solo dentro del estado), o visitando <http://www.ok.gov/oid/Consumers>.

### ¿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 1-877-280-2964 (TTY: 711).

————— *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 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,000
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$50
■ Hospital (instalaciones) <a href="#">copago</a>	\$750
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$0

#### 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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,810</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,000
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$50
■ Hospital (instalaciones) <a href="#">copago</a>	\$1,000
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,030</b>

### Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,000
■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>	\$50
■ Hospital (instalaciones) <a href="#">copago</a>	\$1,000
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

#### In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$1,300
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,500</b>