




El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proveerá por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, consulte [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | ¿Por qué es importante?   |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible general</u> ?  | Individual \$5,000/familiar \$10,000   | Por lo general, usted deberá pagar todos los costos de <u>los proveedores</u> hasta alcanzar el monto <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual, hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar.  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?     | Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en el cuadro que comienza en la página 2.   | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted no haya alcanzado el monto <u>deducible</u> . Sin embargo, un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> podría aplicar. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .   |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos?                             | No.  | Usted no debe alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el <u>límite de desembolso para este plan</u> ?                      | Individual \$8150/familiar \$16 300  | El <u>límite de desembolso</u> es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos deben alcanzar sus propios límites de <u>desembolso</u> hasta que el límite total de <u>desembolso</u> familiar se haya alcanzado.  |
| ¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el <u>límite de desembolso</u> ? | <u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , atención a la salud que este <u>plan</u> no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2. | A pesar de que usted paga estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de desembolso</u> .  |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                          | Sí. Visite <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a> o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .              | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y posiblemente reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldos</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de obtener algún servicio. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un <u>especialista</u> ?                  | Sí, pero usted puede dirigirse a ciertos <u>especialistas</u> .  | Este <u>plan</u> pagará una parte o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un <u>especialista</u> siempre y cuando usted tenga una <u>referencia</u> antes de visitar al <u>especialista</u> .  |

 Los [copagos](#) y los [coaseguros](#) que se muestran en esta tabla aplican luego de alcanzar su [deducible](#), en caso de que aplique.

| Eventos médicos comunes  | Servicios que puede necesitar  | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes   |
|--|--|--|--|---|
|  |  | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)   | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo) |   |
| Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención a la salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad  | Telesalud: sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a> . En persona con autorización: \$40 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> ; En persona sin autorización: 30 % de <a href="#">coaseguro</a>   | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna   |
|  | Visita a un <a href="#">especialista</a>   | Telesalud: sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a> . En persona y con autorización: \$80 por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> . En persona sin autorización: 30 % de <a href="#">coaseguro</a> | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna   |
|  | <a href="#">Atención preventiva/evaluaciones/</a> vacunación   | Sin cargo, no se aplica el <a href="#">deducible</a> .   | No se ofrece cobertura                                       | Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su <a href="#">plan</a> .   |
| Si se somete a una prueba  | <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografías y análisis de sangre)   | 30 % de <a href="#">coaseguro</a>  | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna   |
|  | Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 30 % de <a href="#">coaseguro</a>  | No se ofrece cobertura                                       | <a href="#">Requiere una autorización previa</a> o no tendrá cobertura.   |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección<br>Información adicional       | Medicamentos genéricos preferidos  | \$20 (al detal); \$5 para medicamentos genéricos preferidos/2 veces el costo compartido al detal para marcas preferidas (pedido por correo)/medicamentos de  | No se ofrece cobertura                                       | Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <a href="#">formulario</a> . Después del primer surtido, los medicamentos de mantenimiento se deben surtir a través del pedido por correo de KFHPWA. |

| Eventos médicos comunes   | Servicios que puede necesitar                                      | Lo que usted pagará   |  | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes  |
|---|--|---|--|--|
|   |  | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)  | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo) |  |
| sobre <a href="#">la cobertura de medicamentos de receta</a> disponible en <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a> |  | <u>receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .  |  |  |
|   | Medicamentos de marca preferidos                                   | \$40 (al detal); \$5 para medicamentos genéricos preferidos/2 veces el costo compartido al detal para marcas preferidas (pedido por correo)/ <u>medicamentos de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> . | No se ofrece cobertura                                       | Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Después del primer surtido, los medicamentos de mantenimiento se deben surtir a través del pedido por correo de KFHPWA.   |
|   | Medicamentos no preferidos   | Se aplican costos compartidos a medicamentos genéricos preferidos o medicamentos de marca preferidos que correspondan.  | No se ofrece cobertura                                       | Hasta un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción. Después del primer surtido, los medicamentos de mantenimiento se deben surtir a través del pedido por correo de KFHPWA. |
|   | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                        | \$150 (al detal) por <u>medicamento de receta</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .  | No se ofrece cobertura                                       | Hasta un suministro de 30 días (al detal) Sujeto a las <u>pautas</u> del formulario.   |
| <b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30 % de <u>coaseguro</u>  | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna  |
|   | Tarifas del médico/cirujano  | 30 % de <u>coaseguro</u>  | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                 | \$200 por visita, 30 % de <u>coaseguro</u>  | \$200 por consulta, 30 % de <u>coaseguro</u>                 | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si es admitido a un <u>proveedor que no pertenece a la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente; se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente hospitalizado.  |
|   | <a href="#">Traslado por emergencia médica</a>                     | <u>Coaseguro</u> del 20%; no se aplica el <u>deducible</u> .  | <u>Coaseguro</u> del 20%; no se aplica el <u>deducible</u> . | Ninguna  |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                               | \$40 por visita de atención primaria o \$80 por visita con  | \$200 por visita, 30 % de <u>coaseguro</u>                   | <u>Se cubre a los proveedores que no pertenecen a la red</u> cuando estén  |

| Eventos médicos comunes   | Servicios que puede necesitar                                    | Lo que usted pagará   |  | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes  |
|---|--|---|--|--|
|   |  | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)  | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo) |  |
|   |  | un especialista; no se aplica el <u>deducible</u> .   |  | temporalmente fuera del área de servicio.  |
| <b>Si es hospitalizado</b>  | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital) | 30 % de <u>coaseguro</u>  | No se ofrece cobertura                                       | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.   |
|   | Tarifas del médico/cirujano                                      | 30 % de <u>coaseguro</u>  | No se ofrece cobertura                                       | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                            | Telesalud: sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> . En persona con autorización: \$40 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> ; En persona sin autorización: 30 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna  |
|   | Servicios para pacientes hospitalizados                          | 30 % de <u>coaseguro</u>  | No se ofrece cobertura                                       | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.   |
| <b>Si está embarazada</b>   | Visitas al consultorio   | 30% de <u>coaseguro</u>   | No se ofrece cobertura                                       | <u>El costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido).  |
|   | Servicios profesionales de parto/nacimiento                      | 30 % de <u>coaseguro</u>  | No se ofrece cobertura                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
|   | Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento            | 30 % de <u>coaseguro</u>  | No se ofrece cobertura                                       | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de los servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |

| Eventos médicos comunes  | Servicios que puede necesitar                                | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes   |
|--|--|--|--|---|
|  |  | Proveedor de la red (Pagará el monto mínimo)   | Proveedor que no pertenece a la red (Pagará el monto máximo) |   |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <a href="#">Atención a la salud en el hogar</a>              | Sin cargo, no se aplica el deducible.  | Sin cobertura  | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.  |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                  | Pacientes ambulatorios: Telesalud: Sin cargo, no se aplica el deducible En persona con autorización: \$80 por visita; no se aplica el deducible. En persona sin autorización: 30 % de <u>coaseguro</u><br>Paciente hospitalizado: 30 % de <u>coaseguro</u> | No se ofrece cobertura                                       | Combinado con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes ambulatorios: límite de 45 visitas por año. Pacientes hospitalizados: límite de 30 días por año, se requiere <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. |
|  | <a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a> | Pacientes ambulatorios: Telesalud: Sin cargo, no se aplica el deducible En persona con autorización: \$80 por visita; no se aplica el deducible. En persona sin autorización: 30 % de <u>coaseguro</u><br>Paciente hospitalizado: 30 % de <u>coaseguro</u> | Sin cobertura  | Combinado con los servicios de rehabilitación. Pacientes ambulatorios: límite de 45 visitas por año. Pacientes hospitalizados: límite de 30 días por año, se requiere <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada.                  |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>         | 30 % de <u>coaseguro</u>   | No se ofrece cobertura                                       | Límite de 60 días por año. Requiere una <u>autorización previa</u> o no tendrá cobertura.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                       | <u>Coaseguro</u> del 20 %; no se aplica el deducible.  | Sin cobertura  | Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Requiere <u>una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.  |
|  | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                        | Sin cargo, no se aplica el deducible.  | No se ofrece cobertura                                       | <u>Requiere una autorización previa</u> o no tendrá cobertura.  |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos</b>                    | Examen de la vista para niños                                | \$40 por visita para realizar exámenes de refracción, no se aplica el deducible.   | No se ofrece cobertura                                       | Un examen cada 12 meses   |
|  | Anteojos para niños  | No se ofrece cobertura   | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna   |
|  | Consulta odontológica de rutina para niños                   | No se ofrece cobertura   | No se ofrece cobertura                                       | Ninguna   |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Anteojos para niños</li><li>• Cirugía estética</li><li>• Servicios odontológicos (adultos y niños)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos</li><li>• Tratamiento de infertilidad</li><li>• Atención a largo plazo</li><li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermera privada</li><li>• Podología de rutina</li><li>• Programas para perder peso</li></ul> |
|---|--|--|

**Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su documento del [plan](#)).**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (límite de 12 visitas/año)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica (límite de 10 visitas por año)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de la vista de rutina (adulto)</li></ul> |
|---|---|---|

**Su derecho a una cobertura continua:** hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, lo que incluye la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de [seguro de salud](#). Para más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por el rechazo de una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal reclamo médico. Sus documentos del plan también brindan información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o reclamación a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

**Información de contacto para cuestiones relacionadas con sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:**

|  |   |
|--|---|
| Kaiser Permanente Member Services  | 1-888-901-4636 (TTY: 711) or <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a>                             |
| Department of Labor's Employee Benefits Security Administration                              | 1-866-444-EBSA (3272) or <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight | 1-877-267-2323 x61565 or <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>                         |
| Washington Department of Insurance   | 1-800-562-6900 or <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>                          |

**¿Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Sí**

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por primas](#).

**¿Este plan satisface el Estándar de Valor Mínimo? Sí**

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del mercado.

**Servicios en otros idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.*



**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) (deducibles, copagos y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted pagaría según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

**Peg va a dar a luz**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Copago para consultas con un especialista](#) \$0
- Coaseguro [hospitalario \(instalaciones\)](#) 30 %
- Coaseguro para [otros servicios \(análisis de sangre\)](#) 30 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/nacimiento  
 Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$5,000        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$10           |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$2,000        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$7,030</b> |

**Control de la diabetes de tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Copago para consultas con un especialista](#) \$0
- Coaseguro [hospitalario \(instalaciones\)](#) 30 %
- Coaseguro para [otros servicios \(análisis de sangre\)](#) 30 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a la oficina del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos de receta  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i>          |              |
|------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$50         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$900        |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$0          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$950</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Copago para consultas con un especialista](#) \$0
- Coaseguro [hospitalario \(instalaciones\)](#) 30 %
- Coaseguro para [otros servicios \(radiografías\)](#) 30 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$900          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$10           |
| <a href="#">Coaseguro</a>          | \$200          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,110</b> |

El [plan](#) sería responsable de cubrir los costos adicionales de este EJEMPLO de servicios cubiertos.