



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le 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 sobre el costo de este [plan](#) (denominada [prima](#)) se entregará por separado. Este documento es solo un resumen.** Si desea más información sobre su cobertura u obtener una copia de sus términos completos, llame al 1-855-315-5386 o visite <https://www.communityhealthchoice.org/health-insurance-marketplace/know-the-details-2024/>. En el Glosario se incluyen definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados. Puede acceder al Glosario desde [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 1-855-315-5386 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes   | Respuestas  | Por qué Esto es Importante:   |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?  | \$7,500/individual; \$15,000/familia  | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir su propio <a href="#">deducible</a> hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por toda la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?          | Sí. Se cubren los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , atención de urgencia, salud mental/conductual y trastornos por uso de sustancias y medicamentos genéricos.                                       | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado aún el monto 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 determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> .   |
| ¿Existe algún otro <a href="#">deducible</a> para servicios específicos?                    | No.   | Usted debe pagar la totalidad de los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> específico para que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por los servicios en cuestión.  |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?           | \$7,500/individual; \$15,000/familia  | El <a href="#">límite de desembolso</a> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de desembolso</a> familiar general.   |
| ¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?                          | Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que no está cubierta por este <a href="#">plan</a> .  | Si bien usted debe pagar estos gastos, los montos abonados no se tienen en cuenta para el <a href="#">límite de desembolso</a> .  |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> ?                  | Sí. Visite <a href="https://providersearch.communityhealthchoice.org">https://providersearch.communityhealthchoice.org</a> o llame al 1-855-315-5386 para solicitar una lista de proveedores pertenecientes a la red. | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que pertenezca a la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si usa un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el monto cobrado por el <a href="#">proveedor</a> y el monto que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga presente que es posible que su <a href="#">proveedor perteneciente a la red</a> use un <a href="#">proveedor no perteneciente a la red</a> para algunos servicios (como, por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ? | No.   | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin necesidad de una <a href="#">referencia</a> .   |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que figuran en este cuadro corresponden a lo que debe pagar luego de haber alcanzado su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

| Evento Médico Común   | Servicios que Puede Necesitar  | Cuánto Pagará   |  | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante   |
|---|--|---|--|---|
|   |  | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto)   | Proveedor No Pertenciente a la Red (Usted pagará el monto mayor) |   |
| Si visita el consultorio o la clínica del <a href="#">proveedor</a>   | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad      | \$10 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>  | Sin cobertura  | Ninguna   |
|   | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                 | \$15 de <a href="#">copago</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a>  | Sin cobertura  | Ninguna   |
|   | <a href="#">Cuidado preventivo/pruebas de detección</a> /vacunas         | Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a> .  | Sin cobertura  | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean de carácter preventivo. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son de carácter preventivo. Luego, controle el monto que pagará el plan.  |
| Si le realizan una prueba   | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía y análisis de sangre) | Sin cargo   | Sin cobertura  | Ninguna   |
|   | Imágenes (TC, tomografías PET, IRM)                                      | Sin cargo   | Sin cobertura  | Requiere autorización previa para determinados servicios. No obtener la autorización correspondiente puede resultar en la denegación de beneficios.   |
| Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección<br>Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> , visite <a href="https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/formulary-premier-2024.pdf">https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/formulary-premier-2024.pdf</a> | Medicamentos genéricos   | \$5 de <a href="#">copago</a> por receta (al por menor); \$12.50 de <a href="#">copago</a> por receta (pedidos por correo); no se aplica el <a href="#">deducible</a> | Sin cobertura  | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Consulte el formulario para los niveles de costo compartido. El Nivel 1 incluye genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo.   |
|   | Medicamentos de marca preferidos   | Sin cargo   | Sin cobertura  | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). Es posible que necesite una autorización previa para un medicamento de marca cuando el equivalente genérico es el preferido en el formulario. No obtener una autorización previa para demostrar la necesidad médica puede aumentar sus costos. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido, pagará el <a href="#">copago</a> genérico más la diferencia de costo entre el medicamento preferido y el |

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

| Evento Médico Común  | Servicios que Puede Necesitar                                     | Cuánto Pagará  |   | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante  |
|--|---|--|---|--|
|  |   | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto)  | Proveedor No Perteneciente a la Red (Usted pagará el monto mayor) |  |
|  |   |  |   | genérico. El Nivel 2 incluye genéricos de mayor costo y medicamentos de marca preferidos.  |
|  | Medicamentos de marca no preferidos                               | Sin cargo  | Sin cobertura   | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). Cubre hasta 90 días de suministro (pedidos por correo). El Nivel 3 incluye productos del formulario no preferidos (puede incluir productos genéricos no preferidos). |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                       | Sin cargo  | Sin cobertura   | Cubre hasta 30 días de suministro (al por menor). El Nivel 4 incluye medicamentos especializados.  |
| <b>Si se somete a una intervención quirúrgica ambulatoria</b>                                    | Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo  | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.  |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                    | Sin cargo  | Sin cobertura   | Ninguna  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>                   | Sin cargo  | Sin cargo   | Ninguna  |
|  | <a href="#">Traslado médico de emergencia</a>                     | Sin cargo  | Sin cargo   | Requiere autorización previa para ciertos servicios, como transporte aéreo, terrestre que no sea de emergencia, traslados entre instalaciones, fuera de la red y del área.   |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                              | \$15 de <a href="#">copago</a> por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> .   | Sin cobertura   | Ninguna  |
| <b>Si debe permanecer internado</b>  | Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)        | Sin cargo  | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.  |
|  | Honorarios del médico/cirujano                                    | Sin cargo  | Sin cobertura   | Ninguna  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o tratamiento por consumo de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                             | \$10 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio; no se aplica el <a href="#">deducible</a> . Sin cargo después del deducible para otros servicios de pacientes ambulatorios | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio.  |

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

| Evento Médico Común  | Servicios que Puede Necesitar                             | Cuánto Pagará                                     |   | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante   |
|--|---|---|---|---|
|  |   | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Perteneciente a la Red (Usted pagará el monto mayor) |   |
|  | Servicios para pacientes internados                       | Sin cargo   | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                                    | Sin cargo   | Sin cobertura   | Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Es posible que se aplique un copago, deducible o coseguro según el tipo de servicio.  |
|  | Servicios del profesional durante la atención del parto   | Sin cargo   | Sin cobertura   | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., las ecografías). Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. |
|  | Servicios de la instalación durante la atención del parto | Sin cargo   | Sin cobertura   |   |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>               | Sin cargo   | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Se limita a 60 visitas por año.   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>               | Sin cargo   | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.   |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                 | Sin cargo   | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios.   |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>      | Sin cargo   | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a 25 días por año.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                    | Sin cargo   | Sin cobertura   | Requiere autorización previa para determinados servicios; no obtener una autorización previa puede resultar en la denegación de beneficios. Limitado a los requisitos del plan.   |

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

| Evento Médico Común                                      | Servicios que Puede Necesitar         | Cuánto Pagará                                     |  | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante   |
|--|---------------------------------------|---|--|---|
|  |                                       | Proveedor de la Red (Usted pagará el menor monto) | Proveedor No Perteneiente a la Red (Usted pagará el monto mayor) |   |
|  | <a href="#">Servicios de hospicio</a> | Sin cargo   | Sin cobertura  | Es posible que se aplique un copago o coseguro según el tipo de servicio. Limitado a los requisitos del plan.                     |
|  | Examen oftalmológico para niños       | Sin cargo   | Sin cobertura  | Un examen oftalmológico de rutina por año.  |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b> | Anteojos para niños                   | Sin cargo   | Sin cobertura  | Para marcos seleccionados, lentes estándar y de contacto solamente, para niños hasta 18 años. Limitado a los requisitos del plan. |
|  | Chequeo odontológico para niños       | Sin cobertura                                     | Sin cobertura  | Ninguna   |

### Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

| Servicios que su <a href="#">Plan</a> Generalmente NO Cubre (Consulte su póliza o el documento de su <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de los <a href="#">servicios excluidos</a> ). |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto, con excepción de servicios limitados</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Chequeo odontológico para niños</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Atención de rutina de la vista (adultos)</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul> |
| Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> ).  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (35 visitas por año)</li> <li>• Audífonos (cada oído, cada tres años)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada (paciente internado)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de rutina de los pies (servicios relacionados con la diabetes)</li> </ul>   |

**Sus Derechos para Extender la Cobertura:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea extender su cobertura tras su finalización. A continuación, se incluye la información de contacto de estos organismos: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 al 1-800-578-4677 o el emisor al 1-855-315-5386. Es posible que, además, tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros Médicos](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus Derechos de Presentación de Quejas y Apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por haberle denegado una [reclamación](#). Estos reclamos se denominan [quejas](#) o [apelaciones](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá en relación con la [reclamación](#) médica en cuestión. En los documentos de su [plan](#) también encontrará información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) ante su [plan](#) por el motivo que fuere. Para obtener más información sobre sus derechos o el presente aviso, o para solicitar asistencia, comuníquese con el siguiente organismo: Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas), 333 Guadalupe, Austin TX 78701 o 1-800-578-4677.

### ¿Este plan le brinda Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare,

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de prima de seguro médico](#).

**¿Este plan cumple con las Normas de Valores Mínimos? No corresponde**

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valores Mínimos](#) es posible que pueda acceder a un [crédito tributario de prima de seguro médico](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

**Servicios de Accesibilidad Lingüística:**

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-315-5386.

Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-315-5386.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-5386.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-315-5386.

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

\* Si desea más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en <https://www.communityhealthchoice.org/wp-content/uploads/2023/04/eoc-deductible-2024.pdf>

## Información sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales variarán en función de la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) que usted elija y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría corresponderle pagar a usted con los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura corresponden solo al titular.

### Peg está por tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto hospitalario dentro de la red)

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a>     | \$7,500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$15    |
| ■ Hospital (instalación) [ <a href="#">costo compartido</a> ]       | 0%      |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                        | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*). Servicios del profesional durante la atención del parto. Servicios del establecimiento durante la atención del parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita de [especialista](#) (*anestesia*)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b> | <b>\$12,700</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos Compartidos             |                |
|--------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$7,500        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$0            |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| Qué no está cubierto           |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Peg pagaría un total de</b> | <b>\$7,500</b> |

### Joe recibe atención para controlar la diabetes de tipo 2

(un año de atención de rutina dentro la red, afección debidamente controlada)

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a>     | \$7,500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$15    |
| ■ Hospital (instalación) [ <a href="#">costo compartido</a> ]       | 0%      |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                        | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye educación sobre enfermedades*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos Compartidos             |                |
|--------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$4,100        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$200          |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| Qué no está cubierto           |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Joe pagaría un total de</b> | <b>\$4,300</b> |

### Mia sufrió una fractura simple

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

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a>     | \$7,500 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$15    |
| ■ Hospital (instalación) [ <a href="#">costo compartido</a> ]       | 0%      |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                        | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluidos los insumos médicos*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo de Costo Total</b> | <b>\$2,800</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos Compartidos             |                |
|--------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>     | \$2,500        |
| <a href="#">Copagos</a>        | \$50           |
| <a href="#">Coseguro</a>       | \$0            |
| Qué no está cubierto           |                |
| Límites o exclusiones          | \$0            |
| <b>Mia pagaría un total de</b> | <b>\$2,550</b> |

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