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

El documento de Resumen de beneficios y cobertura (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 sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.
Esto es sólo 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 generales de los términos comunes, tales como monto permitido, s, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar 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 por los proveedores dentro de la red $1000 por individuo/$2000 por familia por 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 del deducible pagado por todos los miembros de la familia alcanza el deducible familiar total.
¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Sí, dentro de la red porque no existe 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. Pero se puede aplicar 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 $7,900 por individuo /$15,800 por familia; para proveedores fuera de la red $2500 por individuo/$5,000 por familia.	El límite de gastos que paga de su bolsillo dentro de la red es el monto más alto que puede pagar en un año por los 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, multas por no haber obtenido autorización previa, y atención de la salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el límite de gastos que paga de su bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor dentro 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 de plan. Usted paga aún más si utiliza un proveedor no preferido dentro de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de parte del proveedor con la diferencia entre lo 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 obtener 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 haya 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	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	$40 de copago por consulta en un consultorio		50% de coseguro	Ninguna.
	Consulta con un especialista	Sin cargo	$40 de copago por consulta en un consultorio		50% de coseguro	
	Atención preventiva/ pruebas de detección/ inmunizaciones	Sin cargo	Sin cargo		50% de coseguro	$75 de copago por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopía) en un hospital o en un centro hospitalario de proveedores preferidos. $250 de copago por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopía) en un hospital o en un centro hospitalario de proveedores no preferidos. Cuando utiliza un proveedor fuera de la red, el Plan paga el coseguro del 50% 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, consulte lo que pagará su plan.
	Consulta en el consultorio de otro profesional	No hay cargos para servicios de quiropráctica No hay cargos para servicios de acupuntura No hay cargos para servicios de terapia ocupacional,	$40 de copago por consulta de quiropráctica $40 de copago por consulta de acupuntura $40 de copago por servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla		50% de coseguro por atención quiropráctica Sin cobertura Sin cobertura	La cobertura de atención quiropráctica se limita a 10 consultas por año. La cobertura de acupuntura se limita a 20 consultas por año. La cobertura combinada de terapia ocupacional, terapia de la vista y terapia del habla se limita a 30 consultas por año. La cobertura de fisioterapia para pacientes ambulatorios se limita a 30 consultas separadas por año. Se requiere precertificación. $75 de copago del centro por consulta de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario preferido; $250 de copago del centro por consulta de

*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)	
		terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla				servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario no preferido.
Si se realiza una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo		50% de coseguro	$75 de copago del centro para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de laboratorio) en un centro hospitalario preferido. $250 de copago del centro para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de laboratorio) 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 precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de $250.

*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 medicamentos para tratar su enfermedad o afección Se encuentra disponible más información acerca de la **cobertura para medicamentos con receta** en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	No corresponde	$10 de copago por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista $20 de copago por un suministro de hasta 90 días obtenido en una farmacia CVS o por pedido por correo		Cubierto hasta el monto que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante. Sin cobertura	Solo medicamentos incluidos en el Formulario. Se cubre un suministro para 30 días (en farmacia minorista) como máximo; un suministro para 90 días (farmacia minorista CVS o de pedido por correo de CVS) como máximo. 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. Pídale a su médico que llame a CVS/Caremark al 1-877-765-6294 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 CVS/Caremark al 1-800-294-5979 para obtener información adicional. Los medicamentos especializados solo están disponibles para la compra en una farmacia CVS o a través del Programa Specialty Pharmacy Program de CVS/Caremark llamando al 1-800-237-2767.
	Medicamentos de marca	No corresponde	$30 de copago por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista $60 de copago por un suministro de hasta 90 días obtenido en una farmacia CVS o por pedido por correo		Cubierto hasta el monto que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante. Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	No corresponde	Los mismos copagos que para los medicamentos genéricos o de marca que se indican arriba		Sin cobertura	
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 servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario preferido. $250 de copago del centro 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	Servicio en una sala de emergencias	No corresponde	$100 de copago por consulta		$100 de copago por consulta	El copago aumenta a $200 para todas las visitas a la sala de emergencias después de la 2.˚ visita en el mismo año calendario.

*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)	
médica inmediata	Transporte médico de emergencia	No corresponde	Sin cargo		Sin cargo	Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.
	Atención de urgencia	Sin cargo	$40 de copago por consulta en un consultorio		50% de coseguro	Ninguna.
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 admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos. Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de $250. Ciertos procedimientos están sujetos a copagos más altos si no se realizan en determinados hospitales. Para obtener más información, consulte su SPD o llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.
	Honorarios de médicos y cirujanos	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**
		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 copago por consulta		50% de coseguro***	Los servicios para pacientes internados, y algunos servicios para pacientes ambulatorios, requieren precertificación. Si no obtiene la precertificación, se aplica una multa de $250. $75 de copago del centro por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores preferidos. $250 de copago por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores no preferidos. $100 de copago por admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos. ***No se cubren los proveedores de servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados de NY no participantes 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.
	Servicios para pacientes internados	No corresponde	$100 de copago por consulta	$1,000 de copago por consulta	50% de coseguro***	
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	Sin cargo	$40 de copago sólo para la 1.° consulta		50% de coseguro	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en cualquier otra parte del SBC (p. ej., el ultrasonido).
	Servicios profesionales de maternidad/parto	No corresponde	Sin cargo		50% de coseguro	Ninguna.
	Servicios de centros de maternidad/parto	No corresponde	$100 de copago por admisión	$1,000 de copago por admisión	50% de coseguro	Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de $250.

*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**
		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 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 consultas por año.
	Servicios de rehabilitación	No corresponde	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere precertificación.
	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 precertificación.
	Equipo médico duradero	No corresponde	Sin cargo		Sin cobertura	Se requiere precertificación.
	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 consultas 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 • Servicios de habilitación • Tratamiento de la infertilidad	• Atención a largo plazo • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.	• Medicamentos de marca y especializados no preferidos • Servicio de enfermería privada.
Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).		
• 20 consultas de acupuntura por año como máximo • Cirugía bariátrica solo en hospitales Blue Distinction dentro de la red Empire • 10 consultas de atención quiropráctica por año como máximo	• Atención dental (para adultos) a través de Delta Dental • Audífonos (dentro de la red únicamente/2 de por vida) • Atención de la vista de rutina (para adultos) a través de Davis Vision	• Atención de rutina de los pies • Programas de pérdida de peso (no se incluyen los programas comerciales como Weight Watchers y Jenny Craig)

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: Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar del Department of Labor, 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 llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamación y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por el rechazo de una reclamación. Esto se denomina reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación, o queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información acerca de sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 o con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene una Cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando realice la presentación de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito que exige que tenga cobertura para ese mes.

¿Cumple este plan con las normas de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de valor mínimo, es posible que usted 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, kwiijigo holne' 1-800-551-3225

Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente 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 estos ejemplos de cobertura:

Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos conforme al plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan sólo 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**
- **Copagos por otros medicamentos** **$10.00**

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:
Consultas en el consultorio de un especialista (*atención prenatal)*
Servicios profesionales de maternidad/parto
Servicios de centros de maternidad/parto
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonido y análisis de sangre)*
Consulta a un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	**$12,371**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0.00
Copagos	$200.00
Coseguro	$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$200.00
El total que Peg pagaría es	**$400.00**

Este ejemplo, presupone que usted tiene cobertura individual y tuvo a su bebé en un hospital preferido. Si tuviera cobertura de dependientes, su costo total sería de $200, debido a que los gastos del bebé de $200 estarían cubiertos.

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**
- **Copagos por otros medicamentos** **$30.00**

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:
Consulta en el 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 *(monitor de nivel de glucosa en la sangre)*

Costo total del ejemplo	**$7,389**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0.00
Copagos	$1,200.00
Coseguro	$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60.00
El total que Joe pagaría es	**$1,260.00**

Estas cifras presuponen que usted utilizó un hospital preferido, pero no utilizó un proveedor de un 5 Star Center ni participó en el 5 Star Wellness Program del plan. Si usa 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 al Centro de servicios para afiliados 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**
- **Copagos por otros medicamentos** **$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 del ejemplo	**$1,925**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0.00
Copagos	$400.00
Coseguro	$0.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0.00
El total que Mia pagaría es	**$400.00**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.