



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un [plan](#). El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) deben compartir el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado la [prima](#)) se proporcionará de forma separada. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-282-3025 o visítenos en el sitio web <https://www.christushealthplan.org/>. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-282-3025 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$575/por persona o \$1,150/por familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre determinados productos y servicios, aun si usted no ha cumplido el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, pueden aplicar 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="#">costo compartido</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <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 otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$2,450/por persona o \$4,900/por familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar por servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que cumplir con su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya cumplido con el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué no se incluye en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">cargos facturados sobre saldos</a> y atención médica que no cubre este <a href="#">plan</a> .	Aunque pague estos gastos, no contarán para su <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="https://www.christushealthplan.org/find-a-provider">https://www.christushealthplan.org/find-a-provider</a> o llame al 1-844-282-3025 para obtener un listado de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cobro del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">cargos facturados sobre saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">red de proveedores</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como servicios de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener estos servicios.
¿Necesita ser <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted escoja sin un <a href="#">referido</a> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de cumplir el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
<b>Si se atiende en la clínica o consultorio del <a href="#">proveedor de atención médica</a></b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Sin <a href="#">costo compartido</a> para las dos primeras visitas con el <a href="#">médico de atención primaria</a> .
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Incluye servicios en el consultorio, diferentes de los que se muestran específicamente a continuación.
	<a href="#">Atención preventiva/evaluaciones/vacunas</a>	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se hace un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Ninguna.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección</b> La información adicional sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> está disponible en <a href="http://www.express-scripts.com/CHRISTUSHealthPlan">http://www.express-scripts.com/CHRISTUSHealthPlan</a>	Medicamentos genéricos preferidos	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> para un suministro de 90 días por medio de pedido por correo es el triple del <a href="#">costo compartido</a> para un suministro estándar de 30 días. El <a href="#">costo compartido</a> para <a href="#">medicamentos de especialidad</a> está limitado a \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días. Las recetas de medicamentos anticonceptivos no están sujetas al <a href="#">deducible</a> , y no tienen <a href="#">copago</a> .
	Medicamentos genéricos no preferidos	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
	Tarifa del médico/cirujano	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en sala de emergencia</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención médica urgente</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	
Si lo admiten en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	Tarifa del médico/cirujano	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: 40% de <a href="#">coseguro</a> Centro ambulatorio: 40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Las visitas al consultorio están sujetas al <a href="#">costo compartido</a> enumerado, mientras que los tratamientos en un centro ambulatorio están sujetos al <a href="#">coseguro</a> del centro ambulatorio.
	Servicios para pacientes internados	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra sección del resumen de beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Ninguna.
	Servicios del centro para parto/nacimiento	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para atención para pacientes internadas, excepto para: (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para paciente internada después de un parto vaginal sin complicaciones o noventa y seis (96) horas de atención para paciente internada después de una cesárea sin complicaciones o (2) atención posparto. Si no obtiene

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el costo menor)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el costo mayor)	
				la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios de recuperación de las habilidades</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para algunos artículos de <a href="#">equipo médico duradero</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
	<a href="#">Servicios para pacientes terminales</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , los beneficios serán negados.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a un par de anteojos por año
	Consulta dental para niños	Sin cargos. No aplica <a href="#">deducible</a> .	No está cubierto	Limitado a una consulta cada 6 meses.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre. (Revise su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y la lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Aborto (Excepto en caso de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro).
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (Adultos)
- Atención dental: básica y mayor (Niños, excepto la consulta dental con [proveedores de la red](#))
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos
- Ortodoncia
- Cuidado de la vista de rutina para adultos
- Cuidado del pie de rutina para miembros con diabetes
- Tratamientos de trastornos de la articulación temporomandibular
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos. (Es posible que apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica
- Dispositivos auditivos (1 dispositivo auditivo en cada oído cada 3 años, limitado a \$2,000 de beneficio máximo por dispositivo)
- Enfermería privada

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarle si quiere que continúe su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025; El Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; el Departamento de Seguros de Louisiana, Oficina de Servicios al Consumidor P.O. Box 94214, Baton Rouge La 70804-9214 o llame al 1-800-259-5300. También se encuentran disponibles otras opciones de cobertura para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener 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 ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por un rechazo de un [reclamo](#). Esta inconformidad se denomina una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, busque en la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para enviar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: Servicio al Cliente de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3025; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); el Departamento de Seguros de Louisiana, Oficina de Servicios al Consumidor, P. O. Box 94214, Baton Rouge La 70804-9214 o llame al 1-800-259-5300.

### ¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí.

La [Cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponibles a través del [Mercado](#) o u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunos otros tipos de cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura esencial mínima](#), puede no puede ser elegible para [crédito fiscal de la prima](#).

### ¿Cumple este plan con el Estándar de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [Estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

## Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989)번으로 전화해 주십시오.

Arabic: ملحوظة: بالبكم الصم هاتف رقم 1-844-282-3025 برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا.

Urdu: كال کریں۔ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989) اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-282-3025 (ATS: 1-800-735-2989).

Persian: پاسخ. هستند شما دسترس در کنند، می صحبت رایگان زبان، کمک خدمات فارسی، شما اگر 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-282-3025 (телетайп: 1-800-735-2989).

Japanese: 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່າມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-282-3025 (TTY: 1-800-735-2989).

Hindi: हंद: सावधानी: यदि आप हिंद बोलते हैं तो आप मु त भाषा सहायता सेवाओं से लाभ उठा सकते हैं। 1-844-282-3025 पर कॉल करें (टीटीवी: 1-800-735-2989)

Gujarati: જરાત: સાવધાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, તમે મફત ભાષા સહાય સેવાઓમાં થી લાભ મેળવી શકો છો. 1-844-282-3025 પર કોલ કરો (TTY: 1-800-735-2989)

*Para ejemplos sobre cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.*

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solamente ejemplos de cómo este [plan](#) debería cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#). Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solamente en la cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$575
<a href="#">Copago del especialista</a>	40%
<a href="#">Copago</a> del hospital (centro)	40%
Otros <a href="#">coseguros</a>	40%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño  
 Servicios del centro para el parto/nacimiento del niño  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$575
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguros</a>	\$1,875
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es de</b>	<b>\$2,510</b>

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

(un año de control rutinario de la enfermedad bien controlada con proveedores de la red)

El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$575
<a href="#">Copago del especialista</a>	40%
<a href="#">Copago</a> del hospital (centro)	40%
Otros <a href="#">coseguros</a>	40%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluyendo educación para enfermedades*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$575
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguros</a>	\$1,875
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Joe es de</b>	<b>\$2,470</b>

**Fractura simple de Mia**

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

El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$575
<a href="#">Copago del especialista</a>	40%
<a href="#">Copago</a> del hospital (centro)	40%
Otros <a href="#">coseguros</a>	40%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

[Atención en la sala de emergencia](#) (*incluyendo insumos médicos*)  
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$575
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguros</a>	\$900
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es de</b>	<b>\$1,475</b>

El [plan](#) será responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.