

# RR Donnelley: Copay Value

Periodo de cobertura: 01/01/2020-31/12/2020

Resumen de beneficios y cobertura: qué cubre este plan y qué paga usted por el servicio cubierto

Cobertura para: Empleado/Familia | Tipo de plan: PPO



El documento “Resumen de beneficios y cobertura” (SBC) le ayudará a seleccionar un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** la información sobre el costo de este plan (conocido como prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de todos los términos de cobertura, visite [www.rrd.bswift.com](http://www.rrd.bswift.com) o llame al 1-877-773-4236. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como cantidad autorizada, facturación del saldo, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.rrd.bswift.com](http://www.rrd.bswift.com) o llame al 1-877-773-4236 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deducible total</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$4,200 individual / \$8,400 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$4,200 individual / \$8,400 familiar No se aplica a copagos, medicamentos farmacéuticos ni servicios que aparecen más adelante como “Sin cargo”.	Por lo general, usted debe pagar la totalidad de los costos de los proveedores hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible total familiar</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Se cubren servicios antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios de prevención</u> y las categorías que requieren <u>copago</u> están cubiertas antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos elementos y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> anual. Sin embargo, puede que se aplique un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios de prevención</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de servicios cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No, no existen otros <u>deducibles</u> .	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$6,900 individual / \$13,800 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$6,900 individual / \$13,800 familiar por año calendario	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que usted pagaría en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar su propio <u>límite de gastos de su bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite total familiar de gastos de bolsillo</u> .
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> , atención médica no cubierta por este <u>plan</u> , multas por no obtener una notificación previa para los servicios.	Aunque usted paga estos gastos, estos no se tienen en cuenta en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> .

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

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.rrd.bswift.com">www.rrd.bswift.com</a> o llame al 1-877-773-4236 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que 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 del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algún servicio (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de tomar un servicio.
¿Se necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No	Usted puede ver al <u>especialista</u> de su elección sin necesidad de una <u>remisión</u> .



Todos los costos de copagos y coaseguros presentados en esta tabla son aquellos después de haber alcanzado su deducible, en el caso de que aplique un deducible.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará la menor parte)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará la mayor parte)	
Si usted visita el consultorio o clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> /visita de \$25; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> /visita de \$50; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
	<u>Servicios de prevención/examen/vacunación</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Incluye servicios médicos de prevención especificados en la ley de reforma de la atención médica. Puede que deba pagar por servicios que no son de prevención. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son de prevención. Luego revise lo que va a pagar su <u>plan</u> .

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará la menor parte)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte)	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Coaseguro del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Coaseguro del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (TAC/TEP, resonancia magnética)	Coaseguro del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Coaseguro del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o dolencia Encontrará más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con prescripción</u> en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Al detal: <u>coaseguro</u> del 25%, no se aplica el <u>deducible</u> Por correo postal: <u>coaseguro</u> del 25%, no se aplica el <u>deducible</u>	Al detal: <u>coaseguro</u> del 25%, no se aplica el <u>deducible</u> Por correo postal: <u>coaseguro</u> del 25%, no se aplica el <u>deducible</u>	Al detal: mínimo \$10, máximo \$45. Por correo postal: mínimo \$25, máximo \$115
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al detal: <u>coaseguro</u> del 40%, no se aplica el <u>deducible</u> Por correo postal: <u>coaseguro</u> del 40%, no se aplica el <u>deducible</u>	Al detal: <u>coaseguro</u> del 40%, no se aplica el <u>deducible</u> Por correo postal: <u>coaseguro</u> del 40%, no se aplica el <u>deducible</u>	Al detal: mínimo \$40, máximo \$100. Por correo postal: mínimo \$100, máximo \$250
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al detal: <u>coaseguro</u> del 50%, no se aplica el <u>deducible</u> Por correo postal: <u>coaseguro</u> del 50%, no se aplica el <u>deducible</u>	Al detal: <u>coaseguro</u> del 50%, no se aplica el <u>deducible</u> Por correo postal: <u>coaseguro</u> del 50%, no se aplica el <u>deducible</u>	Al detal: mínimo \$75, máximo \$150. Por correo postal: mínimo \$185, máximo \$375
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Al detal: <u>copago</u> de \$210	Al detal: <u>copago</u> de \$210	No cubre correo postal.
Si usted tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Coaseguro del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Coaseguro del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Coaseguro del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará la menor parte)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de urgencias</u>	<u>Copago</u> /visita de \$600, <u>coaseguro</u> del 25%; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> /visita de \$600, <u>coaseguro</u> del 25%; no se aplica el <u>deducible</u>	Exención del <u>copago</u> en caso de que esté permitida. <u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u> en caso de que el administrador de reclamaciones determine que NO se trata de una emergencia real.
	<u>Transporte médico de urgencia</u>	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
Si usted es hospitalizado	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Se requiere una <u>autorización previa</u> ; de no tenerla, se impondrá una multa de \$500.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
Si usted necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Consultorio: <u>copago</u> / visita de \$25 Instalaciones: <u>coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Ninguna
	Servicios de hospitalización	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Se requiere una <u>autorización previa</u> ; de no tenerla, se impondrá una multa de \$500.

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará la menor parte)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte)	
<b>Si usted está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> /visita de \$25; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	La atención prenatal de rutina está cubierta sin cargos. Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar el <u>coaseguro</u> o el <u>deducible</u> . Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> ; de no tenerla, se impondrá una multa de \$500.
	Servicios profesionales de parto	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	
	Servicios de instalaciones de parto	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	
<b>Si usted necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<u>Atención domiciliaria</u>	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	120 visitas por año calendario, dentro y fuera de la <u>red</u> combinadas con servicio de enfermería privada.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> /visita de \$50; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	90 visitas por año calendario, combinadas dentro y fuera de la <u>red</u> . Las visitas combinadas incluyen visitas por terapia ocupacional, terapia del habla, fisioterapia, terapia pulmonar y terapia cognitiva.
	<u>Servicios de enseñanza de habilidades</u>	No están cubiertos	No están cubiertos	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	90 visitas por año calendario, combinadas dentro y fuera de la <u>red</u> . Se requiere una <u>autorización previa</u> ; de no tenerla, se impondrá una multa de \$500.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Coaseguro del <u>25%</u> después de alcanzar el deducible	Coaseguro del <u>50%</u> después de alcanzar el deducible	Los beneficios están limitados a los elementos que se utilizan para prestar servicios médicos. Los beneficios relacionados con el DME se brindan tanto para la compra como para el alquiler de equipos (hasta el precio de compra).

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará la menor parte)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la mayor parte)	
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	<u>Coaseguro</u> del 25% después de alcanzar el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50% después de alcanzar el <u>deducible</u>	Se requiere una <u>autorización previa</u> ; de no tenerla, se impondrá una multa de \$500
<b>Si sus hijos necesitan atención dental u ocular</b>	Exámenes oculares para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	El beneficio relacionado con servicios oculares puede estar disponible en planes separados.
	Lentes para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	El beneficio relacionado con servicios oculares puede estar disponible en planes separados.
	Chequeos dentales para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	El beneficio relacionado con servicios dentales puede estar disponible en planes separados.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> por lo general NO cubre (revise la póliza o documento de su <u>plan</u> para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Examen ocular rutinario para adultos (por ejemplo, refracción)</li> <li>Chequeo dental para niños</li> <li>Examen ocular rutinario para niños (por ejemplo, refracción)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes para niños</li> <li>Cirugía cosmética</li> <li>Atención dental (para adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento para la infertilidad</li> <li>Atención a largo plazo</li> <li>Atención médica ambulatoria al viajar fuera de los EE. UU.</li> <li>Programas de pérdida de peso</li> </ul>
Otros servicios cubiertos (puede que se apliquen limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Revise el documento de su <u>plan</u> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Servicios quiroprácticos (puede que se apliquen limitaciones)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (hasta 1 nuevo audífono por oreja por un periodo de 36 meses y por un monto de hasta \$5,000)</li> <li>Servicio de enfermería privada (salvo que sean servicios hospitalarios)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención podológica rutinaria</li> <li>Tratamiento para la infertilidad (solo se cubren los servicios de diagnóstico de la infertilidad)</li> </ul>

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

**Sus derechos a continuar la cobertura:** existen agencias que le pueden ayudar si desea continuar su cobertura después de que esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Puede que existan otras opciones de cobertura disponibles, como comprar un seguro de cobertura individual en el mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov/](http://www.HealthCare.gov/) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de queja y apelación:** existen agencias que lo pueden ayudar si usted tiene un reclamo contra su plan en caso de que le sea negada una reclamación. Este reclamo se conoce como queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, revise la explicación de los beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también ofrecen información completa para presentar una reclamación, apelación o una queja a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para solicitar ayuda, comuníquese al: 1-877-773-4236 o visite [www.rrd.bswift.com](http://www.rrd.bswift.com) o comuníquese con la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

Adicionalmente, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. En [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y <http://ccio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html> encuentra una lista de estados con programas de asistencia al consumidor.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene cobertura esencial mínima por un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de contar con cobertura médica para ese mes.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede que usted sea elegible para recibir un crédito fiscal para las primas que le ayude a pagar un plan en el mercado.

### Servicios de idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-877-773-4236.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-773-4236.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-773-4236.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-773-4236.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*—————

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

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos presentados solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real recibida, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguros) y servicios excluidos de conformidad con el plan. Use esta información para comparar la parte de costos que podría pagar de conformidad con diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en coberturas individuales.

### Peg va a tener un bebé

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,200
■ <u>Copago</u> por concepto de <u>atención de especialistas</u>	\$50
■ <u>Coaseguro</u> por servicios prestados en el <u>hospital (instalaciones)</u>	25%
■ Otro <u>coaseguro</u>	25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (atención prenatal)  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicios de instalaciones de parto  
 Pruebas de diagnóstico (ultrasonido y análisis de sangre)  
 Visita al especialista (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$4,200
Copagos	\$100
<u>Coaseguro</u>	\$1,900
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,260</b>

### Tratamiento de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red para una enfermedad bien controlada)

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,200
■ <u>Copago</u> por concepto de <u>atención de especialistas</u>	\$50
■ <u>Coaseguro</u> por servicios prestados en el <u>hospital (instalaciones)</u>	25%
■ Otro <u>coaseguro</u>	25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (incluida la educación sobre la enfermedad)  
 Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)  
Medicamentos con prescripción  
Equipo médico duradero (glucómetro)

**Costo total del ejemplo** \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$4,200
Copagos	\$400
<u>Coaseguro</u>	\$600
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,260</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a sala de urgencias y atención posthospitalaria dentro de la red)

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,200
■ <u>Copago</u> por concepto de <u>atención de especialistas</u>	\$50
■ <u>Coaseguro</u> por servicios prestados en el <u>hospital (instalaciones)</u>	25%
■ Otro <u>coaseguro</u>	25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de urgencias (incluido el material médico)  
Prueba de diagnóstico (rayos X)  
Equipo médico duradero (muletas)  
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

**Costo total del ejemplo** \$2,000

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$1,100
Copagos	\$200
<u>Coaseguro</u>	\$200
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,500</b>

\*Nota: este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila anterior "¿Existen otros deducibles para servicios específicos?"

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

El plan se haría cargo de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.