



**El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, llame al 781-272-1000 o al 800-342-3792. Para ver definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llamar al 781-272-1000 o al 800-342-3792 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$250 por persona; \$500 por familia.	En general, usted debe pagar todos los costos de <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de gastos de <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Se cubren servicios preventivos de proveedores de la red</u> , <u>medicamentos recetados</u> y servicios odontológicos y oftalmológicos de <u>proveedores de la red</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos asuntos y servicios incluso si usted no alcanzó el monto de su <u>deducible</u> . Sin embargo, pueden aplicarse <u>copagos</u> o <u>coseguros</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Servicios médicos: \$6,350 por persona; \$12,700 por familia <u>Medicamentos recetados</u> : \$1,000 por persona; \$2,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que usted puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Cargos de <u>facturación del saldo</u> , <u>primas COBRA</u> , sanciones por no obtener <u>autorización previa</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y determinados medicamentos de farmacia especializada que se consideran beneficios de salud no esenciales (el fabricante suele reembolsárselos a usted sin ningún costo).	Aunque usted paga estos gastos, no se cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.cignaforhcp.cigna.com">www.cignaforhcp.cigna.com</a> o llame al 1-877-505-5871 para ver una lista de <u>proveedores de la red</u> . Llame a HMC al 800-522-6763 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> de salud mental y para el abuso de sustancias.	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor de la red del plan</u> . Pagará el costo total si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> . Tenga en cuenta que el <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u> .

 Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son después de que haya alcanzado el **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (pagará lo menos posible)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará lo máximo posible)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor de atención médica</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$20 por visita.	No está cubierto.	Ninguna.
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$30 por visita.	No está cubierto.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	No está cubierto.	Es posible que tenga que pagar servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	No está cubierto.	Pruebas genéticas: límite de \$2,500 por persona por año.
	Imágenes (TC/PET, IRM)	IRM: <u>Copago</u> de \$100 por prueba. TC/PET: <u>Copago</u> de \$20 por prueba.	No está cubierto.	Ninguna.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (pagará lo menos posible)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará lo máximo posible)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información sobre <b><u>cobertura de medicamentos recetados</u></b> disponible en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: <u>Copago</u> de \$5 por receta. Pedido por correo: <u>Copago</u> de \$10 por receta.	Igual que <u>dentro de la red</u> más cargos por encima del <u>monto permitido</u> .	No se aplica <u>deducible</u> . Farmacia minorista: límite de suministro de 30 días y suministro de hasta 90 días para medicamentos de mantenimiento surtidos en una farmacia CVS. Pedido por correo: límite del suministro de 90 días. Farmacia minorista: después de 3 resurtidos del mismo <u>medicamento recetado</u> , sujeto un <u>coseguro</u> del 50 %. Sin cargo para los medicamentos preventivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (o medicamentos de marca si un medicamento genérico no es adecuado médicamente). Es posible que se requiera un programa de tratamiento escalonado para determinados <u>medicamentos recetados</u> (es posible que se le requiera que pruebe un medicamento genérico antes de tomar un medicamento de marca). Determinados medicamentos pueden estar sujetos a <u>autorización previa</u> o se puede denegar la cobertura. <u>Incluye un programa de asistencia para el copago de la farmacia especializada. El fabricante le reembolsará el costo de determinados medicamentos de especialidades sin ningún costo para usted. Usted debe participar en el programa SaveonSP para recibir los medicamentos sin costo alguno.</u>
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista: <u>Copago</u> de \$15 por receta. Pedido por correo: <u>Copago</u> de \$30 por receta.	Igual que <u>dentro de la red</u> más cargos por encima del <u>monto permitido</u> .	
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista: <u>Copago</u> de \$25 por receta. Pedido por correo: <u>Copago</u> de \$50 por receta.	Igual que <u>dentro de la red</u> más cargos por encima del <u>monto permitido</u> .	
	<u>Medicamentos de especialidades</u>	Igual que los medicamentos que no son de especialidades	Igual que los medicamentos que no son de especialidades	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (pagará lo menos posible)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará lo máximo posible)	
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Cargo por el uso de la clínica (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por cirugía.	No está cubierto.	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para algunos procedimientos. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Copago</u> de \$30 por visita.	No está cubierto.	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	<u>Servicios del médico:</u> <u>Copago</u> de \$20 por visita. Primeras 3 visitas por persona por año: <u>Copago</u> de \$150 por visita a la sala de emergencia. A partir de entonces: <u>Copago</u> de \$300 por visita a la sala de emergencia.	Igual que <u>dentro de la red</u> .	Se cancela el <u>copago</u> por la visita a la sala de emergencia si se interna.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por viaje.	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por viaje.	Ninguna.
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$20 por visita.	No está cubierto.	Ninguna.
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Cargo por el uso de la clínica (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por admisión.	No está cubierto.	Cobertura limitada a la tarifa de la habitación semiprivada. Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Servicios del médico:</u> sin cargo. <u>Servicios del cirujano:</u> <u>Copago</u> de \$30 por visita.	No está cubierto.	Ninguna.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (pagará lo menos posible)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará lo máximo posible)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por consumo de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<p>Visitas al consultorio de salud mental: <u>Copago</u> de \$20 por visita.</p> <p>Visitas al consultorio por consumo de sustancias: sin cargo.</p> <p>Otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por ciclo de tratamiento.</p>	No está cubierto.	Otros servicios para pacientes ambulatorios: Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene. Llame a HMC al 800-522-6763.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por admisión.	No está cubierto.	Cobertura limitada a la tarifa de la habitación semiprivada. Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene. Llame a HMC al 800-522-6763
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$20 por visita.	No está cubierto.	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La asistencia por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales para el alumbramiento/parto	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por admisión.	No está cubierto.	Cobertura limitada a la tarifa de la habitación semiprivada. Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura de hospitalización de más de 48 horas (96 horas para parto por cesárea). Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.
	Servicios en la clínica para el alumbramiento/parto	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por admisión.	No está cubierto.	Cobertura limitada a la tarifa de la habitación semiprivada. Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura de hospitalización de más de 48 horas (96 horas para parto por cesárea). Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (pagará lo menos posible)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará lo máximo posible)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Atención de salud en el hogar</u>	Sin cargo.	No está cubierto.	Límite: 90 visitas por año. Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Pacientes ambulatorios: <u>Copago</u> de \$20 por visita. Pacientes hospitalizados: sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por admisión.	No está cubierto.	Ninguna.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Copago</u> de \$20 por visita.	No está cubierto.	Límite combinado de terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia: 60 visitas por año. Límite para el análisis conductual aplicado para niños dependientes de entre 1 y 6 años con trastorno del espectro autista: 20 horas por semana. Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo hasta \$20,000, luego <u>coseguro</u> del 15 %, hasta un máximo que paga de su bolsillo de \$2,000 por admisión.	No está cubierto.	Límite: 100 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> para obtener cobertura. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo hasta \$5,000 por año. A partir de entonces, <u>coseguro</u> del 15 %.	No está cubierto.	Cobertura de hasta \$2,500 para escúter y sillas de ruedas motorizadas. Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para la cobertura de determinadas cuestiones. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (pagará lo menos posible)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará lo máximo posible)	
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo.	No está cubierto.	Límite: 6 meses. Se requiere <u>autorización previa</u> para servicios para pacientes hospitalizados. Beneficios no cubiertos en los que se requiere <u>autorización previa</u> y no se la obtiene.
<b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen de la vista de su hijo	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Optometrista: Sin cargo hasta el <u>monto permitido</u> de \$20. Oftalmólogo: Sin cargo hasta el <u>monto permitido</u> de \$30.	Menores de 19 años: límite de 1 examen cada 12 meses; mayores de 19 años: límite de 1 examen cada 24 meses. Administrado por separado por Davis Vision.
	Anteojos para niños	Sin cargo para determinados lentes y marcos. No se aplica <u>deducible</u> .	Lentes: Sin cargo hasta el <u>monto permitido</u> de \$30. Marcos: Sin cargo hasta el <u>monto permitido</u> de \$150.	Menores de 19 años: límite de 1 par de anteojos cada 12 meses; mayores de 19 años: límite de 1 par de anteojos cada 24 meses. Administrado por separado por Davis Vision.
	Control odontológico para niños	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	Sin cargo hasta el <u>monto permitido</u> .	Límite: 2 exámenes cada 12 meses. Cálculo previo al tratamiento recomendado para servicios que suman un total de \$300 o más. Administrado por separado por Delta Dental.

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

### Servicios que su plan en general no cubre (Consulte su póliza o documentos del plan para obtener más información o una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía plástica (salvo después de una lesión por accidente o mastectomía)
- Atención a largo plazo (salvo si se lo admite dentro de las 24 horas posteriores de recibir el alta del hospital)
- Atención privada de enfermería
- Programas para bajar de peso (salvo asesoría nutricional dentro de la red y según la Ley de Cuidado de Salud Asequible [ACA])

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

- Acupuntura (30 visitas por año)
- Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa para obtener cobertura)
- Cuidado quiropráctico (30 visitas por año)
- Atención odontológica (adultos)
- Audífonos (\$1,200 por audífono cada 5 años)
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención que no es de emergencia al viajar fuera de los EE. UU.
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)
- Cuidado del pie de rutina

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen organismos que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: La Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o a [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de 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 800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay organismos que pueden ayudar si usted tiene una reclamación en contra de su plan por una denegación de un reclamo. Esta reclamación se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación, o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o ayuda, comuníquese con: 781-272-1000 o 800-342-3792. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 866-444-EBSA (3272) o enviando un correo electrónico a [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Ofrece este plan una Cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura esencial mínima en general incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para determinados tipos de Cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito impositivo sobre la prima.

### ¿Cumple este plan con los Estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para un crédito impositivo sobre la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

*Consulte la siguiente sección para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos para una situación médica de ejemplo.*

## Acerca de Estos Ejemplos de Cobertura:



**No es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y de los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que puede pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura propia.

### Peg va a tener un bebé

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$250
■ <u>Copago</u> para atención obstétrica o ginecológica (OB/GYN)	\$20
■ <u>Coseguro</u> por el uso del hospital (centro)	0 %
■ Otro	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de OB/GYN (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el alumbramiento/parto

Servicios en la clínica para el alumbramiento/parto

Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

Visita a un especialista (*anestesia*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$250
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$340</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$250
■ <u>Copago</u> para visitas a un especialista	\$30
■ <u>Coseguro</u> por el uso del hospital (centro)	0 %
■ Otro	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*)

Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos recetados

Equipo médico duradero (*medidos de glucosa*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$250
<u>Copagos</u>	\$650
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$900</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$250
■ <u>Copago</u> para servicios de <u>rehabilitación</u>	\$20
■ <u>Copago</u> por el uso de la sala de emergencias del hospital (centro)	\$150
■ Otro	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencia (*incluyendo suministros médicos*)

Prueba de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$250
<u>Copagos</u>	\$440
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$690</b>