
 **O documento Resumo de Benefícios e Cobertura (SBC) ajudará você a escolher um plano de saúde. O SBC mostra como você e o plano dividiriam o custo dos cuidados de saúde cobertos. Isso é apenas um resumo.** Para obter mais informações sobre sua cobertura ou para obter uma cópia dos termos completos de cobertura, ligue para 781-272-1000 ou 800-342-3792. Para saber as definições gerais de termos comuns, como valor autorizado, cobrança de saldo, cosseguero, coparticipação, franquia, profissionais, ou outros termos sublinhados, consulte o Glossário. Você pode ver o Glossário em [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) ou ligar para 781-272-1000 ou 800-342-3792 para solicitar uma cópia.

Perguntas importantes	Respostas	Por que isso é importante:
Qual é a <u>franquia</u> total?	Pelo convênio: <b>US\$ 500</b> /individual; <b>US\$ 1.000</b> /familiar.	Geralmente, você precisa pagar todos os custos dos <u>profissionais</u> até o valor da <u>franquia</u> antes que este <u>plano</u> comece a pagar. Se você tiver outros membros da família no <u>plano</u> , cada membro da família deve cumprir sua própria <u>franquia</u> até que o valor total das despesas de <u>franquia</u> paga por todos os membros da família corresponda à <u>franquia</u> familiar geral.
Existem serviços cobertos antes de você atingir sua <u>franquia</u> ?	Sim. <u>Serviços preventivos</u> de <u>profissionais</u> <u>conveniados</u> , <u>medicamentos controlados</u> e <u>profissionais</u> <u>conveniados</u> odontológicos e oftalmológicos são cobertos antes de você cumprir sua <u>franquia</u> .	Este <u>plano</u> cobre alguns itens e serviços, mesmo que você ainda não tenha cumprido o valor da <u>franquia</u> . Mas uma <u>coparticipação</u> ou um <u>cosseguero</u> podem ser aplicados. Por exemplo, este <u>plano</u> cobre determinados <u>serviços preventivos</u> sem <u>compartilhamento de custos</u> e antes de você cumprir sua <u>franquia</u> . Consulte uma lista de <u>serviços preventivos</u> cobertos em <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
Existem outras <u>franquias</u> para serviços específicos?	Não.	Você não precisa cumprir <u>franquias</u> para serviços específicos.
Qual é o <u>limite de desembolso</u> para este <u>plano</u> ?	Médico: <b>US\$ 6.350</b> /individual; <b>US\$ 12.700</b> /familiar <u>Medicamentos controlados</u> : <b>US\$ 1.000</b> /individual; <b>US\$ 2.000</b> /familiar	O <u>limite de desembolso</u> é o máximo que você pode pagar em um ano pelos serviços cobertos. Se você tiver outros membros da família neste <u>plano</u> , eles deverão atingir seus próprios <u>limites de desembolso</u> até que o <u>limite de desembolso</u> geral da família seja atingido.
O que não está incluído no <u>limite de desembolso</u> ?	<u>Cobranças de saldo</u> , <u>prêmios COBRA</u> , multas por falha na obtenção de <u>pré-autorização</u> , cuidados de saúde que este <u>plano</u> não cobre e determinados medicamentos farmacêuticos especializados que sejam considerados benefícios de saúde não essenciais (geralmente são reembolsados pelo fabricante sem nenhum custo para você).	Mesmo que você pague essas despesas, elas não contam diretamente para o <u>limite de desembolso</u> .

Perguntas importantes	Respostas	Por que isso é importante:
<b>Você pagará menos se usar um <u>profissional conveniado</u>?</b>	Sim. Consulte <a href="http://www.cignaforhcp.cigna.com">www.cignaforhcp.cigna.com</a> ou ligue para 1-877-505-5871 para obter uma lista de <u>profissionais conveniados</u> . Ligue para o HMC em 800-522-6763 para obter uma lista de <u>profissionais conveniados</u> de saúde mental e de abuso de substâncias.	Este <u>plano</u> usa uma <u>rede de profissionais</u> . Você pagará menos se usar um <u>profissional conveniado do plano</u> . Você pagará o custo total se usar um <u>profissional não conveniado</u> . Esteja ciente de que seu <u>profissional conveniado</u> pode usar um <u>profissional não conveniado</u> para alguns serviços (como laboratoriais). Verifique com seu <u>profissional</u> antes de solicitar serviços.
<b>Você precisa de um <u>encaminhamento</u> para consultar com um <u>especialista</u>?</b>	Não.	Você pode consultar com o <u>especialista</u> que escolher sem um <u>encaminhamento</u> .

 Todos os custos de **coparticipação** e **cosseguro** mostrados nesta tabela ocorrem após sua **franquia** ser cumprida, se uma **franquia** se aplicar.

Evento médico comum	Serviços que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		<u>Profissional conveniado</u> (você pagará o mínimo)	<u>Profissional não conveniado</u> (você pagará o máximo)	
<b>Se você fizer uma consulta em um consultório ou uma clínica de um <u>profissional de saúde</u></b>	Consulta de cuidados primários para tratar uma lesão ou doença	US\$ 20 de <u>coparticipação</u> /consulta e 10 % de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	Nenhuma.
	Consulta com um <u>especialista</u>	US\$ 30 de <u>coparticipação</u> /consulta e 10% de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	Nenhuma.
	<u>Cuidados preventivos</u> / <u>triagem</u> /imunização	Sem custo. <u>Franquia</u> não se aplica.	Não coberto.	Talvez você tenha que pagar por serviços que não são preventivos. Pergunte ao seu <u>profissional</u> se os serviços necessários são preventivos. Em seguida, verifique o que seu <u>plano</u> cobrirá.
<b>Se você fizer um exame</b>	<u>Diagnóstico</u> (raio X, exame de sangue)	10 % de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	Exames genéticos: limite de US\$ 2.500/individual/ano.
	Exames de imagem (TC, PET-CT, RMs)	RM: US\$ 100 de <u>coparticipação</u> /exame e 10 % de <u>cosseguro</u> . TC/PET-CT: US\$ 20 de <u>coparticipação</u> /exame e 10 % de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	Nenhuma.

Evento médico comum	Serviços que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		<u>Profissional conveniado</u> (você pagará o mínimo)	<u>Profissional não conveniado</u> (você pagará o máximo)	
<b>Se você precisar de medicamentos para tratar sua doença ou condição</b> Mais informações sobre <u>cobertura de medicamentos controlados</u> estão disponíveis em <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>	Medicamentos genéricos	Varejo: US\$ 5 de <u>coparticipação/receita</u> . Pedido por correio: US\$ 10 de <u>coparticipação/receita</u> .	O mesmo que o <u>conveniado</u> mais custos sobre o <u>valor autorizado</u> .	<u>Franquia</u> não se aplica. Varejo: fornecimento com limite de 30 dias e até 90 dias de medicamentos de manutenção aviados em uma unidade da CVS Pharmacy. Pedido por correio: fornecimento com limite de 90 dias Varejo: após 3 recargas do mesmo <u>medicamento controlado</u> , sujeito a 50% de <u>cosseguro</u> . Sem custo para medicamentos preventivos aprovados pela FDA (ou medicamentos de referência, se um genérico não for clinicamente apropriado). O programa Step Therapy pode ser necessário para determinados <u>medicamentos controlados</u> (pode ser necessário experimentar um medicamento genérico antes de um medicamento de referência). Determinados medicamentos podem estar sujeitos a <u>pré-autorização</u> ou a cobertura pode ser negada. <u>Inclui um programa de assistência de coparticipação em farmácias especializadas. O custo de determinados medicamentos especiais será reembolsado pelo fabricante sem nenhum custo para você. Você deve participar do programa SaveonSP para receber seus medicamentos sem nenhum custo.</u>
	Medicamentos de referência preferidos	Varejo: US\$ 15 de <u>coparticipação/receita</u> . Pedido por correio: US\$ 30 de <u>coparticipação/receita</u> .	O mesmo que o <u>conveniado</u> mais custos sobre o <u>valor autorizado</u> .	
	Medicamentos de referência não preferidos	Varejo: US\$ 25 de <u>coparticipação/receita</u> . Pedido por correio: US\$ 50 de <u>coparticipação/receita</u> .	O mesmo que o <u>conveniado</u> mais custos sobre o <u>valor autorizado</u> .	
	<u>Medicamentos especiais</u>	O mesmo que medicamentos não especiais.	O mesmo que medicamentos não especiais.	
<b>Se você tiver cirurgia ambulatorial</b>	Taxa de uso das instalações (por exemplo, centro de cirurgia ambulatorial)	Sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por cirurgia.	Não coberto.	<u>Pré-autorização</u> pode ser necessária para determinados procedimentos. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.
	Taxas de médico/cirurgião	US\$ 30 de <u>coparticipação/consulta</u> e 10 % de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	

Evento médico comum	Serviços que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		<u>Profissional conveniado</u> (você pagará o mínimo)	<u>Profissional não conveniado</u> (você pagará o máximo)	
<b>Se você precisar de atenção médica imediata</b>	<u>Pronto-socorro</u>	<p><u>Serviços médicos</u>: US\$ 20 de <u>coparticipação</u>/consulta.</p> <p>Primeiras 3 consultas/individual/ano: US\$ 150 de <u>coparticipação</u> no uso das instalações em pronto-socorro/consulta. Após: US\$ 300 de <u>coparticipação</u> no uso das instalações em pronto-socorro/consulta.</p>	O mesmo que o <u>conveniado</u> .	A <u>coparticipação</u> no uso das instalações em pronto-socorro é dispensada se for admitida.
	<u>Transporte médico de emergência</u>	Sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por viagem.	Sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por viagem.	Nenhuma.
	<u>Atendimento de urgência</u>	US\$ 20 de <u>coparticipação</u> /consulta e 10 % de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	Nenhuma.
<b>Se você tiver uma internação hospitalar</b>	Taxa de uso das instalações (por exemplo, quarto de hospital)	Sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por internação.	Não coberto.	Cobertura limitada à tarifa de quarto semiprivativo. <u>Pré-autorização</u> necessária para cobertura. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.
	Taxas de médico/cirurgião	<u>Serviços médicos</u> : sem custo. <u>Serviços de cirurgião</u> : US\$ 30 de <u>coparticipação</u> /consulta e 10 % de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	Nenhuma.

Evento médico comum	Serviços que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		<u>Profissional conveniado</u> (você pagará o mínimo)	<u>Profissional não conveniado</u> (você pagará o máximo)	
<b>Se você precisar de serviços de saúde mental, saúde comportamental ou abuso de substâncias</b>	Serviços ambulatoriais	Consulta em consultório de saúde mental: US\$ 20 de <u>coparticipação</u> /consulta. Consultas ao consultório de abuso de substâncias: sem custo até US\$ 500, depois disso, 10 % de <u>cosseguro</u> . Outros serviços ambulatoriais: sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por tratamento.	Não coberto.	Outros serviços ambulatoriais: <u>pré-autorização</u> necessária para cobertura. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida. Ligue para o HMC no número 800-522-6763
	Serviços de internação	Sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por internação.	Não coberto.	Cobertura limitada à tarifa de quarto semiprivativo. <u>Pré-autorização</u> necessária para cobertura. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida. Ligue para o HMC no número 800-522-6763
<b>Se você for gestante</b>	Consultas em consultório	US\$ 20 de <u>coparticipação</u> /consulta e 10% de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	<u>Compartilhamento de custos</u> não se aplica a <u>serviços preventivos</u> . Os cuidados de maternidade podem incluir testes e serviços descritos em outro lugar no SBC (por ex., ultrassom).
	Serviços profissionais de parto	Sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15% de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por internação.	Não coberto.	Cobertura limitada à tarifa de quarto semiprivativo. <u>Pré-autorização</u> necessária para cobertura de internação por mais de 48 horas (96 horas para parto com cesariana) Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.
	Serviços de uso das instalações para parto			

Evento médico comum	Serviços que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		<u>Profissional conveniado</u> (você pagará o mínimo)	<u>Profissional não conveniado</u> (você pagará o máximo)	
<b>Se você precisar de ajuda para se recuperar ou tiver outras necessidades especiais de saúde</b>	<u>Atendimento domiciliar de saúde</u>	Sem custo.	Não coberto.	Limite: 90 consultas/ano. <u>Pré-autorização</u> necessária para cobertura. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.
	<u>Serviços de reabilitação</u>	Ambulatoriais: US\$ 20 de <u>coparticipação/consulta</u> e 10% de <u>cosseguro</u> . Internação: sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por internação.	Não coberto.	Nenhuma.
	<u>Serviços de habilitação</u>	US\$ 20 de <u>coparticipação/consulta</u> e 10 % de <u>cosseguro</u>	Não coberto.	Limite combinado de fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia: 60 consultas/ano. Limite de análise comportamental aplicada a crianças dependentes de 1 a 6 anos com Transtorno do Espectro Autista: 20 horas/semana. <u>Pré-autorização</u> necessária para cobertura. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.
	<u>Cuidados de enfermagem qualificados</u>	Sem custo até US\$ 7.500, depois disso, 15% de <u>cosseguro</u> , até um desembolso máximo de US\$ 5.000 por internação.	Não coberto.	Limite: 100 dias/ano. <u>Pré-autorização</u> necessária para cobertura. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.
	<u>Equipamento médico durável</u>	Sem custo até US\$ 5.000/ano, depois disso, 15 % de <u>cosseguro</u> .	Não coberto.	Scooters e cadeiras de rodas motorizadas cobertas até US\$ 2.500. A <u>pré-autorização</u> pode ser necessária para cobertura de determinados itens. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.

Evento médico comum	Serviços que você pode precisar	O que você pagará		Limitações, exceções e outras informações importantes
		<u>Profissional conveniado</u> (você pagará o mínimo)	<u>Profissional não conveniado</u> (você pagará o máximo)	
	<u>Serviços de cuidados paliativos</u>	Sem custo.	Não coberto.	Limite: 6 meses. <u>Pré-autorização</u> necessária para serviços de internação. Benefícios não cobertos quando a <u>pré-autorização</u> é necessária e não obtida.
<b>Se seu filho precisar de cuidados dentários ou oftalmológicos</b>	Exame oftalmológico infantil	Sem custo. <u>Franquia</u> não se aplica.	Optometrista: Sem custo até o <u>valor autorizado</u> de US\$ 20. Oftalmologista: Sem custo até o <u>valor autorizado</u> de US\$ 30.	Menores de 19 anos: limite de 1 exame/12 meses; 19 anos ou mais: limite de 1 exame/24 meses. Administrado separadamente pela Davis Vision.
	Óculos infantil	Sem custo para determinadas lentes e armações. <u>Franquia</u> não se aplica.	Lentes: sem custo até o <u>valor autorizado</u> de US\$ 30. Armações: sem custo até o <u>valor autorizado</u> de US\$ 150.	Menores de 19 anos: limite de 1 par de óculos/12 meses; 19 anos ou mais: limite de 1 par de óculos/24 meses. Administrado separadamente pela Davis Vision.
	Check-up odontológico infantil	Sem custo. <u>Franquia</u> não se aplica.	Sem custo até o <u>valor autorizado</u> .	Limite: 2 exames/12 meses. Estimativa de pré-tratamento recomendada para serviços que totalizem US\$ 300 ou mais. Administrado separadamente pela Delta Dental.



### Serviços excluídos e outros serviços cobertos:

Serviços que seu plano geralmente NÃO cobre (verifique sua apólice ou documento do plano para obter mais informações e uma lista de quaisquer outros serviços excluídos.)		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirurgia cosmética (exceto após lesão acidental ou mastectomia)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados de longo prazo (exceto se admitidos dentro de 24 horas após a alta hospitalar)</li><li>• Enfermagem privada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Programas de perda de peso (exceto aconselhamento nutricional por profissional <u>conveniado</u> e conforme exigido pela ACA)</li></ul>
Outros serviços cobertos (podem ser aplicadas limitações a esses serviços. Esta não é uma lista completa. Verifique o documento do seu plano.)		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (30 sessões/ano)</li><li>• Cirurgia bariátrica (<u>pré-autorização</u> necessária para cobertura)</li><li>• Quiropraxia (30 sessões/ano)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atendimento odontológico (adulto)</li><li>• Aparelhos auditivos (US\$ 1.200 por aparelho auditivo a cada 5 anos)</li><li>• Tratamento para infertilidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atendimento não emergencial ao viajar para fora dos EUA</li><li>• Atendimento oftalmológico de rotina (adulto)</li><li>• Cuidados de rotina para os pés</li></ul>

**Seus direitos para continuar a cobertura:** Existem agências que podem ajudar se você quiser continuar sua cobertura após ela terminar. As informações de contato dessas agências são: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration pelo telefone 866-444-EBSA (3272) ou [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Outras opções de cobertura também podem estar disponíveis para você, incluindo a compra de cobertura de seguro individual por meio do Health Insurance Marketplace. Para obter mais informações sobre o Marketplace, acesse [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) ou ligue para o número 800-318-2596.

**Seus direitos de reclamação e apelação:** Existem agências que podem ajudar se você tiver uma reclamação contra seu plano pela negação de uma reivindicação. Essa queixa é chamada de reclamação ou apelação. Para obter mais informações sobre seus direitos, consulte a explicação dos benefícios que você receberá por essa reivindicação médica. Os documentos do seu plano também fornecem informações completas sobre como enviar uma reivindicação, apelação, ou reclamação por qualquer motivo ao seu plano. Para obter mais informações sobre seus direitos, este aviso ou assistência, entre em contato com: 781-272-1000 ou 800-342-3792. Você também pode entrar em contato com o Department of Labor's Employee Benefits Security Administration pelo telefone 866-444-EBSA (3272) ou [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### Este plano oferece cobertura essencial mínima? Sim

A Cobertura Essencial Mínima geralmente inclui planos, seguro saúde disponível no Marketplace ou outras apólices de mercado individuais, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE e outras coberturas específicas. Se você for elegível para determinados tipos de Cobertura Essencial Mínima, você pode não ser elegível para o crédito fiscal premium.

### Este plano atende aos Padrões de Valor Mínimo? Sim

Se o seu plano não atender aos Padrões de Valor Mínimo, você pode se qualificar para um crédito fiscal premium para ajudá-lo a pagar por um plano por meio do Marketplace.

*Para ver exemplos de como esse plano pode cobrir os custos de uma amostra de situação médica, consulte a próxima seção.*



## Sobre estes exemplos de cobertura:



**Isto não é uma estimativa de custos.** Os tratamentos mostrados são apenas exemplos de como este plano pode cobrir atendimento médico. Seus custos reais serão diferentes, dependendo dos cuidados reais que receber, dos preços cobrados pelos profissionais e de diversos outros fatores. Foco nos valores de compartilhamento de custos (franquias, coparticipações e cosseguos) e serviços excluídos do plano. Use essas informações para comparar a parte dos custos que você pode pagar em diferentes planos de saúde. Observe que esses exemplos de cobertura são baseados apenas em cobertura própria.

### Peg vai ter um bebê

(9 meses de atendimento pré-natal por profissional conveniado e parto hospitalar)

■ <u>Franquia total do plano</u>	US\$ 500
■ <u>Coparticipação por OB/GIN</u> US\$ 20 e <u>cosseguo</u> de 10%	
■ <u>Cosseguo</u> por Hospital (uso das instalações)	15 %
■ Outro	US\$ 0

#### Este evento de EXEMPLO inclui serviços como:

Consultas em consultório OB/GIN (*cuidados pré-natais*)

Serviços profissionais de parto

Serviços de uso das instalações para parto

Exames diagnósticos (*ultrassom e exame de sangue*)

Consulta com um especialista (*anestesia*)

<b>Custo total do exemplo</b>	<b>US\$ 12.700</b>
-------------------------------	--------------------

#### Neste exemplo, Peg pagará:

<u>Compartilhamento de custos</u>	
<u>Franquia</u>	US\$ 500
<u>Coparticipações</u>	US\$ 30
<u>Cosseguo</u>	US\$ 520
<u>O que não está coberto</u>	
Limites ou exclusões	US\$ 60
<b>O total que Peg pagará é</b>	<b>US\$ 1.110</b>

### Administrando o Diabetes tipo 2 de Joe

(um ano de cuidados de rotina por profissional conveniado de uma condição bem controlada)

■ <u>Franquia total do plano</u>	US\$ 500
■ <u>Coparticipação por especialista</u> e <u>cosseguo</u> de 10%	US\$ 30
■ <u>Cosseguo</u> por Hospital (uso das instalações)	0 %
■ Outro	US\$ 0

#### Este evento de EXEMPLO inclui serviços como:

Consultas em consultório médico de cuidados primários (*incluindo educação sobre a doença*)

Exames diagnósticos (*exames de sangue*)

Medicamentos controlados

Equipamento médico durável (*medidor de glicose*)

<b>Custo total do exemplo</b>	<b>US\$ 5.600</b>
-------------------------------	-------------------

#### Neste exemplo, Joe pagará:

<u>Compartilhamento de custos</u>	
<u>Franquia</u>	US\$ 500
<u>Coparticipações</u>	US\$ 590
<u>Cosseguo</u>	US\$ 50
<u>O que não está coberto</u>	
Limites ou exclusões	US\$ 0
<b>O total que Joe pagará é</b>	<b>US\$ 1.140</b>

### Fratura simples de Mia

(consulta ao pronto-socorro conveniado e atendimento de acompanhamento)

■ <u>Franquia total do plano</u>	\$500
■ <u>Serviços de reabilitação</u> US\$ 20 <u>copagamento</u> e 10% de <u>cosseguo</u>	
■ <u>Coparticipação</u> por Hospital de Pronto-socorro (uso das instalações)	US\$ 150
■ Outro	US\$ 0

#### Este evento de EXEMPLO inclui serviços como:

Atendimento de emergência (*incluindo suprimentos médicos*)

Exame diagnóstico (*raio X*)

Equipamento médico durável (*muletas*)

Serviços de reabilitação (*fisioterapia*)

<b>Custo total do exemplo</b>	<b>US\$ 2.800</b>
-------------------------------	-------------------

#### Neste exemplo, Mia pagará:

<u>Compartilhamento de custos</u>	
<u>Franquia</u>	US\$ 500
<u>Coparticipações</u>	US\$ 440
<u>Cosseguo</u>	US\$ 70
<u>O que não está coberto</u>	
Limites ou exclusões	US\$ 0
<b>O total que Mia pagará é</b>	<b>US\$ 1.010</b>