



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-877-269-1180 o visite [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com). Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$2,500 individual/ \$5,000 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$5,000 individual/ \$12,500 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro debe cumplir con el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , los <u>medicamentos con receta</u> y cierta <u>atención médica preventiva</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan incluye ciertos <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede ver una lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este plan?	<u>Dentro de la red</u> : \$4,500 individual/ \$10,600 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$10,000 Individual/ \$20,000 Familiar <u>Límite de medicamentos con receta</u> : \$2,050 individual/\$4,100 familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , atención médica que este plan no cubre y multas por no presentar la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a> o llame al 1-877-269-1180 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este plan usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte 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 paga el plan ( <u>factura con saldo adicional</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$25 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . No hay cargos por vacunas para niños <u>fuera de la red</u> desde el nacimiento hasta el día del sexto cumpleaños.
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Puede aplicarse un <u>copago</u> por visita al consultorio.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información acerca de la <b><u>cobertura para medicamentos con receta</u></b> disponible en <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a>	Medicamentos genéricos	\$14 en locales comerciales/\$35 en entrega a domicilio de <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	<u>Límite de gasto de bolsillo para medicamentos con receta</u> : \$2,050 individual/\$4,100 familiar La venta en locales comerciales incluye un suministro para 30 días. Con la receta médica adecuada, está disponible un suministro por hasta 90 días. La entrega a domicilio incluye un suministro para 90 días. Puede requerirse el pago de la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico, si un medicamento genérico está disponible. Medicamentos Preventivos - Dentro de la red: \$0 de copago por medicamento con receta genérico e insulina (en locales comerciales y con entrega a domicilio) Fuera de la red: sin cobertura Limitaciones: Ciertos medicamentos genéricos preventivos (incluidos determinados anticonceptivos) y la insulina tienen cobertura Sin Cargo. Cubre un suministro de hasta 30 días en Locales comerciales o un suministro de 90 días con entrega a domicilio
	Medicamentos de marca preferidos	En locales comerciales: 25% de <u>coseguro</u> \$50 mín./\$130 máx. por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> Con entrega a domicilio: \$125 de copago por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de <u>coseguro</u> En locales comerciales: \$100 mín./\$250 máx. por receta médica Entrega a Domicilio: \$100 mín./\$250 máx. por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados preferidos</u>	Medicamento genérico: \$14 de copago por receta médica Medicamentos de marca preferidos: 25% de <u>coseguro</u> \$50 mín./\$130 máx. por receta médica Medicamentos de marca no preferidos: 50% de <u>coseguro</u> \$350 máx. por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados no preferidos</u>	50% de <u>coseguro</u> \$350 máx. por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
<b>Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados</b>	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si requiere atención médica inmediata</b>	Atención en la sala de emergencias	Cargos del centro: 25% de <u>coseguro</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 25% de <u>coseguro</u>	Cargos del centro: 25% de <u>coseguro</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	25% de <u>coseguro</u>	25% de <u>coseguro</u>	Transportación terrestre y aérea incluida.
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$75 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si tiene una estadía en un hospital</b>	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$400 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$25 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 25% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener información. Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su plan.
	Servicios para pacientes internados	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$400 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$25 de <u>copago</u> por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/\$50 con un especialista (SPC, en inglés); no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido). Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$400 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
<b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Limitado a 60 consultas por año del <u>plan</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$400 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 25% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	50% de <u>coseguro</u>	
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 25% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Limitado a 60 días por año del <u>plan</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$400 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Cuidados paliativos</u>	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$400 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
<b>Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

**Servicios excluidos y otros servicios incluidos:**

<b>Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental (adultos)</li> <li>Atención médica a largo plazo</li> <li>Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos</li> <li>Cirugía cosmética</li> <li>Cuidado de rutina de los pies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería de servicio privado</li> <li>Programas de pérdida de peso</li> </ul>

<b>Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Atención quiropráctica (máximo anual combinado con Acupuntura de \$2,500)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía bariátrica (Cobertura máxima de por vida de \$20,000)</li> <li>Cuidado de rutina de los ojos (adulto) (1 examen de la vista de rutina por año del plan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento para la infertilidad (limitado a 1 ciclo de por vida)</li> </ul>

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

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Texas, llamando al 1-877-269-1180 o visite [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com). Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para obtener información sobre seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Los planes eclesiásticos no están incluidos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la entidad reguladora estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones:** Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-877-269-1180 o visite [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com). También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o bien puede comunicarse con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitar [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov). Para seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros de gastos médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-877-269-1180 o visite [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com), o bien comuníquese con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html).

#### **¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

#### **¿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 obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

#### **Servicios de asistencia en otros idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-269-1180.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-269-1180.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-269-1180.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-269-1180.

***Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.***

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	25%
■ <u>Otro coseguro</u>	25%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto o nacimiento  
 Servicios de parto o nacimiento en el centro  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

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

#### En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$2,000
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$4,560</b>

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	25%
■ <u>Otro coseguro</u>	25%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

#### En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$800
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$2,120</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	25%
■ <u>Otro coseguro</u>	25%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

#### En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,100
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$2,500</b>





**La cobertura de atención médica es importante para todos.**

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o asistencia lingüística, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una queja o inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ta'da biká anáníłwo'ígíí, na'idíłkídgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá nííł'e níká a'doolwoł dóó bina'idíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodííłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.