



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan distribuirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bcbstx.com/bb/mm/bb_mtbc051_tx_2025.pdf o llame al 1-800-521-2227. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver 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? | En la red: \$750 Individual/\$2,250 Familiar Fuera de la red: \$10,000 Individual/\$20,000 Familiar | Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar. |
| ¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ? | Sí. Las visitas a consultorios dentro de la red, los <u>medicamentos con receta</u> , <u>cuidados paliativos</u> , <u>atención médica inmediata</u> , <u>prueba de diagnóstico</u> y los <u>servicios de atención médica preventiva</u> tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿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 <u>plan</u> ? | En la red: \$2,250 individual/\$6,750 familiar Fuera de la red: Ilimitado Individual/ Ilimitado 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 <u>plan</u> , 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 que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | <u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ? | Sí. Visite www.bcbstx.com/go/bcppo o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . 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 <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>profesional de la salud que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>profesional de la salud que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ? | No. | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> . |



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que ha alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|--|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$30 <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 30% | Las consultas virtuales están disponibles. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$60 <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 30% | Ninguna |
| | <u>Atención médica preventiva/ exámenes de detección/ vacunas</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 30% | Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . |
| Si tiene que hacerse una prueba | <u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 30% | Pacientes internados: Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para ciertos servicios que no forman parte de la red; si no se presenta la autorización previa, puede haber una reducción de beneficios de \$250. Pacientes no hospitalizados: Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para ciertos servicios que no forman parte de la red; |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com/bb/mm/bb_mtbc051_tx_2025.pdf.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | si no se presenta la autorización previa, puede haber una reducción de beneficios del 50%, que no excederá los \$500; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.bcbstx.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists | Medicamentos genéricos preferidos | Locales comerciales: producto <u>preferido</u> , sin cargo No <u>preferido</u> : \$10 <u>copago</u> por receta médica Entrega a domicilio: sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | Locales comerciales: \$10 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional | Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas <u>de la red</u>). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. <u>Los medicamentos especializados</u> están limitados a un suministro de 30 días, excepto para ciertos regímenes de dosificación designados por la FDA. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un medicamento genérico si este último está disponible. No se aplicarán cargos adicionales a ningún <u>deducible</u> o monto de gasto de bolsillo. Ciertos medicamentos requieren aprobación antes de que estén incluidos. Los <u>gastos compartidos</u> para la insulina incluida en la lista de medicamentos no superarán los \$25 por receta médica para un suministro de 30 días, independientemente de la cantidad o el tipo de insulina necesarios para surtir la receta. |
| | Medicamentos genéricos no preferidos | Locales comerciales: producto <u>preferido</u> , \$10 <u>copago</u> por receta médica Producto no <u>preferido</u> : \$20 <u>copago</u> por receta médica Entrega a domicilio: \$30 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> | Locales comerciales: \$20 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional | |
| | Medicamentos de marca preferidos | Locales comerciales: producto <u>preferido</u> , \$50 <u>copago</u> por receta médica Producto no <u>preferido</u> , \$70 <u>copago</u> por receta médica Entrega a domicilio: \$150 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> | Locales comerciales: \$70 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Locales comerciales: producto <u>preferido</u> , \$100 <u>copago</u> por receta médica Producto no <u>preferido</u> : \$120 <u>copago</u> por receta médica Entrega a domicilio: \$300 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> | Locales comerciales: \$120 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional | |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com/bb/mm/bb_mtbc051_tx_2025.pdf.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|---|--|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| | <u>Medicamentos especializados preferidos</u> | \$150 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> | \$150 <u>copago</u> por receta médica no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional | |
| | <u>Medicamentos especializados no preferidos</u> | \$250 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> | \$250 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional | |
| Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados | Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados) | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios fuera de la red; el no presentar la autorización previa puede resultar en una reducción del 50% en beneficios, sin exceder los \$500. En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles. |
| | Honorarios del médico/cirujano | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | |
| Si requiere atención médica inmediata | <u>Atención de la sala de emergencias</u> | \$500 <u>copago</u> por consulta más un <u>coseguro</u> del 10% | \$500 <u>copago</u> por consulta más un <u>coseguro</u> del 10% | Se elimina el <u>copago</u> si es admitido. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 10% | Ninguna |
| | <u>Atención médica inmediata</u> | \$75 <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 30% | |
| Si tiene una estadía en un hospital | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital) | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | Se requiere <u>autorización previa</u> . Multa por servicio sin <u>autorización previa</u> : \$250 fuera de la red. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| | Honorarios del médico/cirujano | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com/bb/mm/bb_mtbcp051_tx_2025.pdf.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|--|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias | Servicios para pacientes no hospitalizados | \$30 <u>copago</u> por visita al consultorio o <u>coseguro</u> del 10% para otros servicios para pacientes no hospitalizados | <u>Coseguro</u> del 30% | Se requiere autorización previa para ciertos servicios, el no presentar la autorización previa, al menos, dos días laborables antes de que se brinde el servicio tendrá como resultado una reducción del 50% en beneficios (sin exceder los \$500); consulte el certificado de beneficios* para obtener información. |
| | Servicios para pacientes internados | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | Se requiere <u>autorización previa</u> para los servicios que <u>no forman parte</u> de la red; si no se presenta la autorización previa, al menos, dos días hábiles antes de la admisión, tendrá una reducción de beneficios de \$250. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Atención primaria: \$30 <u>copago</u> por consulta inicial Especialista: \$60 <u>copago</u> por consulta inicial; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 30% | El <u>copago</u> aplica a la primera visita prenatal (por embarazo). El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | |
| | Servicios de parto/nacimiento en el centro | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | |
| Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas | <u>Atención médica en el hogar</u> | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | Máximo de 60 visitas por año. Se puede requerir <u>autorización previa</u> para los servicios que no forman parte de la red. El no presentar la autorización previa puede dar como resultado una reducción del 50% en beneficios, sin exceder los \$500. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | |

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com/bb/mm/bb_mtbcp051_tx_2025.pdf.

| Evento médico común | Los servicios que podría necesitar | Qué deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Profesional de la salud que forma parte de la red (usted pagará menos) | Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más) | |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | Para pacientes no hospitalizados, limitado a 35 visitas combinadas por año, incluidos los servicios quiroprácticos. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | Máximo de 25 días por año calendario. Se puede requerir <u>autorización previa</u> para los servicios que no forman parte de la red. El no presentar la autorización previa puede dar como resultado una reducción de \$250 en beneficios. Consulte su certificado de beneficios* para obtener más información. Máximo de 60 días por año calendario. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | <u>Coseguro</u> del 10% | <u>Coseguro</u> del 30% | Ninguna |
| | <u>Cuidados paliativos</u> | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 30% | Pacientes internados: Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para los servicios que no forman parte de la red; si no se presenta la autorización previa, puede haber una reducción de beneficios de \$250. Pacientes no hospitalizados: Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para los servicios que no forman parte de la red; si no se presenta la autorización previa, puede haber una reducción de beneficios del 50%, que no excederá los \$500. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | 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/bb/mm/bb_mtbcp051_tx_2025.pdf.

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

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).

- Aborto (Excepto en el caso de un embarazo, que según ha sido certificado por un médico, pone a la persona en peligro de muerte)
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cuidado de rutina de los ojos (Niños)
- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Enfermería de servicio privado
- Atención dental (Adultos y niños)
- Programas de pérdida de peso
- Atención médica a largo plazo

Otros servicios incluidos (Estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su plan).

- Audífonos (Limitado a un dispositivo por oído, cada 36 meses)
- Cuidado de rutina de los ojos (Adultos)
- Tratamiento para la infertilidad (La fertilización in vitro y la inseminación artificial no tienen cobertura, a menos que se indique en los documentos de su plan)
- Atención quiropráctica (Pacientes no hospitalizados: un máximo de 35 consultas por año combinadas con servicios de rehabilitación y habilitación)
- Cuidado de rutina de los pies (Solo cubierta en relación con la diabetes, los trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial crónica o venosa)
- Cirugía bariátrica

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 siguiente: para obtener información sobre cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Texas, llamando al 1-800-521-2227 o visitando www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración 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. Para obtener información sobre planes de salud 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. Los planes eclesiásticos no están cubiertos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con su regulador estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. También es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Seguro médico de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado en línea, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si tiene una queja contra su plan por el rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, los documentos de su plan proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación, o una inconformidad por cualquier motivo a su plan. 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 1-800-521-2227 o visite 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, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitar www.tdi.texas.gov. Para planes de cobertura médica grupal gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son planes médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com, o comuníquese con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite 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.

¿Proporciona este plan Cobertura Esencial Mínima? Sí.

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado en línea u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple 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 de Seguros Médicos.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-521-2227.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-521-2227.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-521-2227.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-521-2227.

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, el cargo que cobre el profesionales de la salud y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

| | |
|---|-------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$750 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$60 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 10% |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$750 |
| <u>Copagos</u> | \$30 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,100 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que debe pagar Peg es | \$1,940 |

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|---|-------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$750 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$60 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 10% |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$750 |
| <u>Copagos</u> | \$700 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que debe pagar Joe es | \$1,470 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|-------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$750 |
| ■ <u>Copago del especialista</u> | \$60 |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 10% |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10% |

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención de la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia debe pagar:

| <i>Gastos compartidos</i> | |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$750 |
| <u>Copagos</u> | \$500 |
| <u>Coseguro</u> | \$100 |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que debe pagar Mia es | \$1,350 |

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

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

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

| | |
|--------------------|--|
| Español Spanish | ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor. |
| العربية Arabic | تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة. |



| | |
|---------------------|---|
| 中文 Chinese | 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。 |
| Français French | ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. |
| Deutsch German | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider. |
| ગુજરાતી Gujarati | ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષા કીચ સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો. |
| हिंदी Hindi | ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें। |
| Italiano Italian | ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore. |
| 한국어 Korean | 주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. |
| Diné Navajo | SHOOH: Diné bee yáníltí'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih. |
| Farsi فارسی | توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تاپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید. |
| Polski Polish | UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowo pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą. |
| РУССКИЙ Russian | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. |
| Tagalog Tagalog | PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. |
| Urdu اردو | توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ |
| Việt Vietnamese | LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. |

