



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/member/policy-forms/2024](http://www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024) 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 [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316\\_508.pdf](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.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: \$2,500<br>Individual/\$7,500 Familiar<br>Fuera de la red: \$5,000<br>Individual/\$15,000 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, los <u>medicamentos con receta</u> y los <u>servicios de atención médica preventiva</u> dentro de la <u>red</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 sin gastos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos 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 <u>plan</u> ?              | En la red: Individual:<br>\$5,500/Familiar: \$14,700<br>Fuera de la red: Ilimitado Individual/<br>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> ? | Primas de la <u>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 <a href="http://www.bcbstx.com/go/bcppo">www.bcbstx.com/go/bcppo</a> 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</u> que forma parte de la <u>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) |  |
| <b>Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica</b> | 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 40%                                   | 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 40%                                   | Ninguna  |
|  | <u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>  | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>                            | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | 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> .  |
| <b>Si tiene que hacerse una prueba</b>   | <u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)  | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>                            | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | Pacientes internados: Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para ciertos servicios que no forman parte de la red; el no presentar la autorización previa puede dar como resultado una reducción de \$250 en beneficios. Pacientes no hospitalizados: Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para ciertos 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. |
|  | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | <u>Coseguro</u> del 20%  | <u>Coseguro</u> del 40%                                   |  |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024](http://www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024).

| 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)  |   |
| <p><b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b></p> <p>Más información acerca de la <b>cobertura para medicamentos con receta</b> está disponible en <a href="http://www.bcbstx.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists">www.bcbstx.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists</a></p> | Medicamentos genéricos preferidos                | Locales comerciales:<br>producto preferido, sin cargo<br>No preferido: \$10 <u>copago</u> por receta médica<br>Entrega a domicilio: sin cargo;<br>no se aplica el <u>deducible</u>   | Locales comerciales: \$10 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional  | <p>Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas de la red). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. Los <u>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. 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.</p> |
|   | Medicamentos genéricos no preferidos             | Locales comerciales:<br>producto preferido, \$10 <u>copago</u> por receta médica<br>Producto no preferido: \$20 <u>copago</u> por receta médica<br>Entrega a domicilio: \$30 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u>    | Locales comerciales: \$20 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional  |   |
|   | Medicamentos de marca preferidos                 | Locales comerciales:<br>producto preferido, \$50 <u>copago</u> por receta médica<br>Producto no preferido, \$70 <u>copago</u> por receta médica<br>Entrega a domicilio: \$150 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u>   | Locales comerciales: \$70 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional  |   |
|   | Medicamentos de marca no preferidos              | Locales comerciales:<br>producto preferido, \$100 <u>copago</u> por receta médica<br>Producto no preferido: \$120 <u>copago</u> por receta médica<br>Entrega a domicilio: \$300 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u> | Locales comerciales: \$120 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional |   |
|   | <u>Medicamentos especializados</u> preferidos    | \$150 <u>copago</u> por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>  | \$150 <u>copago</u> por receta médica<br>no se aplica el <u>deducible</u> más un 50% del cargo adicional                       |   |
|   | <u>Medicamentos especializados</u> no preferidos | \$250 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u>   | \$250 <u>copago</u> por receta médica;<br>no se aplica el <u>deducible</u>   |   |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el [plan](http://www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024) en [www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024](http://www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024).

| 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)       |  |
|  |  |  | más un 50% del cargo adicional                                  |  |
| <b>Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados</b>  | Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados) | <u>Coseguro</u> del 20%  | <u>Coseguro</u> del 40%   | 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 20%  | <u>Coseguro</u> del 40%   |  |
| <b>Si requiere atención médica inmediata</b>   | <u>Atención de la sala de emergencias</u>  | \$500 <u>copago</u> por consulta más un <u>coseguro</u> del 20%  | \$500 <u>copago</u> por consulta más un <u>coseguro</u> del 20% | Se elimina el <u>copago</u> si es admitido.  |
|  | <u>Transporte médico de emergencia</u>   | <u>Coseguro</u> del 20%  | <u>Coseguro</u> del 20%   | Ninguna  |
|  | <u>Atención médica inmediata</u>   | \$75 <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>  | <u>Coseguro</u> del 40%   |  |
| <b>Si tiene una estadía en un hospital</b>   | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)                             | <u>Coseguro</u> del 20%  | <u>Coseguro</u> del 40%   | 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 20%  | <u>Coseguro</u> del 40%   |  |
| <b>Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes no hospitalizados                                       | \$30 <u>copago</u> por visita al consultorio o <u>coseguro</u> del 20% para otros servicios para pacientes no hospitalizados | <u>Coseguro</u> del 40%   | Se requiere <u>autorización previa</u> 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.            |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en [www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024](http://www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024).

| 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) |   |
|   | Servicios para pacientes internados         | <u>Coseguro</u> del 20%   | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | Se requiere <u>autorización previa</u> para los servicios que no forman parte de la red; si no se presenta la autorización previa, al menos, dos días laborables antes de la admisión, tendrá una reducción de beneficios de \$250.   |
| <b>Si está embarazada</b>   | Visitas al consultorio                      | Atención primaria: \$30 <u>copago</u> por consulta inicial<br>Especialista: \$60 <u>copago</u> por consulta inicial; no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | El <u>copago</u> se aplica para 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>coseguro</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido). |
|   | Servicios profesionales de parto/nacimiento | <u>Coseguro</u> del 20%   | <u>Coseguro</u> del 40%                                   |   |
|   | Servicios de parto/nacimiento en el centro  | <u>Coseguro</u> del 20%   | <u>Coseguro</u> del 40%                                   |   |
| <b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>          | <u>Coseguro</u> del 20%   | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | Máximo de 60 visitas por año. Se puede requerir <u>autorización previa</u> por 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 20%   | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | Para pacientes no hospitalizados, limitado a 35 visitas combinadas por año, incluidos los servicios quiroprácticos.   |
|   | <u>Servicios de habilitación</u>            | <u>Coseguro</u> del 20%   | 40% del <u>Coseguro</u>                                   |   |
|   | <u>Atención de enfermería especializada</u> | <u>Coseguro</u> del 20%   | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | Máximo de 25 días por año calendario. Se puede requerir <u>autorización previa</u> por servicios que no forman parte de la red. El no presentar la autorización previa puede dar como resultado una   |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el [plan](http://www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024) en [www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024](http://www.bcbstx.com/member/policy-forms/2024).

| 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) |   |
|  |                                    |  |   | 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 20%  | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | Ninguna   |
|  | <u>Cuidados paliativos</u>         | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>                            | <u>Coseguro</u> del 40%                                   | Pacientes internados: Es posible que se requiera <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 los beneficios.<br>Pacientes no hospitalizados: Es posible que se requiera <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 los beneficios, sin exceder los \$500. Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos</b> | 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   |   |

### 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 certificado por un médico, pone a la mujer en peligro de muerte o en un riesgo grave de deterioro sustancial de una función corporal importante, a menos que se realice un aborto)
- Acupuntura
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado de rutina de los ojos (niños)
- Enfermería de servicio privado
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica (pacientes no hospitalizados: un máximo de 35 consultas por año combinadas con servicios de
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (solo cubierta en
- Tratamiento para la infertilidad (la fertilización in vitro y la inseminación artificial no tienen cobertura, a menos que se indique en los

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

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

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <p><u>rehabilitación y habilitación</u>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (limitado a un dispositivo por oído, cada 36 meses)</li></ul> | <p>relación con la diabetes, los trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial crónica o venosa;</p> | <p>documentos de su <u>plan</u>)</p> |
|--|--|--------------------------------------|

**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](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 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](http://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](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 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](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), y 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 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](http://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](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, 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, kwijigo 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>     | \$2,500 |
| ■ <u>Copago del especialista</u>        | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 20%     |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 20%     |

#### 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*)

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

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

| <i>Gastos compartidos</i>             |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                     | \$2,500        |
| <u>Copagos</u>                        | \$30           |
| <u>Coseguro</u>                       | \$1,800        |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> |                |
| Límites o exclusiones                 | \$60           |
| <b>El total que debe pagar Peg es</b> | <b>\$4,390</b> |

### 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>     | \$2,500 |
| ■ <u>Copago del especialista</u>        | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 20%     |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 20%     |

#### 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*)

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

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

| <i>Gastos compartidos</i>             |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                     | \$800          |
| <u>Copagos</u>                        | \$700          |
| <u>Coseguro</u>                       | \$0            |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> |                |
| Límites o exclusiones                 | \$20           |
| <b>El total que debe pagar Joe es</b> | <b>\$1,520</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>        | \$60    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 20%     |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 20%     |

#### 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*)

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

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

| <i>Gastos compartidos</i>             |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                     | \$2,100        |
| <u>Copagos</u>                        | \$500          |
| <u>Coseguro</u>                       | \$20           |
| <i>Qué servicios no cubre el plan</i> |                |
| Límites o exclusiones                 | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Mia es</b> | <b>\$2,600</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 con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo discriminamos de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una 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 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, 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>



## BlueCross BlueShield of Texas

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<br>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<br>Arabic        | إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل بلع الرقم 855-710-6984.   |
| 繁體中文<br>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<br>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<br>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<br>Gujarati      | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદમ 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<br>Hindi           | यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपके अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।                                |
| Italiano<br>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<br>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<br>Navajo           | T`áá ni, éí doodago la`da biká anánilwo`ígíí, na`idílkidgo, ts`idá bee ná ahóóti`i` t`áá níik`e níká a`doolwoł dóó bina`idílkidgíí bee níł h odoonih. Ata`dahalne`ígíí bich`i` hodíilnih kwe`é 855-710-6984.                  |
| فارسی<br>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 شفاف، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.                   |
| PolSKI<br>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<br>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<br>Tagalog       | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan 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<br>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 مفتصمد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔                                  |
| Tiếng Việt<br>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.                            |

