



BlueCross BlueShield of Texas

Declaración en relación con coberturas a elección del interesado (Consumer Choice)

Esta cobertura médica no incluye todos los servicios médicos que las leyes de Texas generalmente exigen.

Se me informó que la cobertura médica HMO a elección del interesado que se me está ofreciendo no incluye todos los servicios médicos que las leyes de Texas generalmente exigen. Esta cobertura incluye todos los servicios médicos que exige la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Para consultar todos los servicios que incluye esta cobertura, consulte el "Resumen de beneficios y cobertura médica".

Servicios/cobertura:	Esta cobertura:	Cobertura médica con servicios obligatorios que exige el estado:
Deducible La cantidad que paga por la atención antes de que la aseguradora comience a compartir el costo.	Tiene un deducible.	No tiene deducibles para la atención con prestadores de servicios médicos participantes.
Gastos de bolsillo La cantidad que paga cuando recibe los servicios con cobertura, por hasta un año calendario.	Incluye gastos de bolsillo que cumplen con los requisitos federales, pero algunas veces puede ser más que las coberturas con servicios que exige el estado.	Un copago debe ser menos del 50% del costo total del servicio. Los gastos de bolsillo anuales deben tener un límite del 200% del costo de la prima anual si le avisa a la aseguradora.
Servicios de rehabilitación y habilitación La atención que ayuda a mejorar las habilidades para la vida cotidiana.	Incluye un límite en el número de consultas por año para terapias del habla, terapias ocupacionales, fisioterapias y atención quiropráctica. No se aplican límites para el tratamiento de daño cerebral adquirido ni el trastorno del espectro autista.	No tiene límites en el monto de la atención médica si es necesaria por motivos médicos.
Atención médica a domicilio	Se aplicarán límites a la cobertura para la atención médica a domicilio.	No se aplican límites a la cobertura para la atención médica a domicilio.



BlueCross BlueShield of Texas

Si desea obtener una cobertura que incluye todos los servicios que se exigen:

También ofrecemos una cobertura que incluye todos los servicios que exige el estado. Esta cobertura no se encuentra en cuidadodesalud.gov/es/ y no le permite recibir ayuda para pagar las primas y los gastos de bolsillo. Para obtener más información sobre esta cobertura, llame al 1-877-299-2377 o visite <https://espanol.bcbstx.com/shop-plans/about-our-plans/overview>.

Al firmar este formulario, reconozco lo siguiente:

- Entiendo que la cobertura médica a elección del interesado que estoy solicitando no incluye el nivel de cobertura que tienen otras coberturas médicas de Texas (coberturas con servicios que exige el estado).
- Entiendo que puedo obtener más información sobre las coberturas de consumer choice (a elección del consumidor) en el sitio web del Departamento de Seguros de Texas en línea (<https://www.tdi.texas.gov/consumer/consumerchoice.html>) o por teléfono comunicándome con la línea de ayuda al consumidor al 1-800-252-3439.

**AVISO: La compañía aseguradora que emite la póliza HMO
tiene que entregarle esta declaración, previa solicitud.**