



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> : \$1,000 individual/\$2,500 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$2,000 individual/\$5,000 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 de la familia 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 incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este plan incluye 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 determinados <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede consultar una lista de los <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/\$10,000 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$9,000 individual/\$20,000 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 utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del plan. 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	\$30 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/examen de detección/vacuna</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 (radiografía, análisis de sangre)</u>	20% 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)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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 sobre la <b>cobertura para medicamentos con receta</b> disponible en <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a>	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>copago</u> por receta médica en locales comerciales/\$20 con entrega a domicilio; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	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 de marca preferidos	\$35 de <u>copago</u> por receta médica en locales comerciales/\$70 con entrega a domicilio; 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	Medicamentos Preventivos - Dentro de la red: \$0 de <u>copago</u> por medicamento genérico e insulina con receta (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 están incluidos sin cargo. Cubre un suministro de hasta 30 días en Locales comerciales o un suministro de 90 días con entrega a domicilio
	<u>Medicamentos especializados preferidos</u>	Medicamento genérico: \$10 de <u>copago</u> por receta médica Medicamento de marca preferido: \$35 de <u>copago</u> por receta médica Medicamento de marca no preferido: 50% de <u>coseguro</u> \$350 máx. por receta médica; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Los <u>medicamentos especializados</u> se deben obtener de un <u>proveedor</u> de farmacia de medicamentos especializados <u>que forma parte de la red</u> . Los medicamentos especializados en locales comerciales se limitan a un suministro para 30 días. La entrega a domicilio no está incluida.
	<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	

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)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	20% 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: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u>	Cargos del centro: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u>	Se elimina el <u>copago</u> de la <u>sala de emergencias</u> si es admitido.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Transportación terrestre y aérea incluida.
	<u>Atención médica inmediata</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si tiene una estadía en un hospital</b>	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% 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> . Lantern (anteriormente Surgery Plus) debe aprobar las cirugías bariátricas.
	Honorarios del médico o cirujano	20% 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	\$30 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 20% 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 detalles. Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su plan.
	Servicios para pacientes internados	20% 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	\$30 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).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	20% 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>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 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> 20% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	50% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 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> .

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>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	<u>Cuidados paliativos</u>	20% 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:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente <b>NO</b> incluye (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ).		
<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>

Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su <u>plan</u> ).		
<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>

**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 la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Texas, 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 los 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 al 1-877-267-2323 x61565 o visite [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Los planes eclesiásticos no están incluidos bajo 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 determinados 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 incluiría 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>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <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 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>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coseguro</u>	\$2,300
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$3,400</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>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <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 (*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>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$1,820</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>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
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>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$1,800</b>



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

Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tienen el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. 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. Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
300 E. Randolph St., 35 <sup>th</sup> Floor	TTY/TDD:	855-661-6965
Chicago, IL 60601	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	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	<a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf</a>
Washington, DC 20201	Formularios de quejas:	<a href="https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html">https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html</a>



To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.	
Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	تلقي المساعدة اللغوية أو التواصل مجانًا، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	બાધા અથવા સંચાર સહાય મદતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinit's'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jį' hodíilini.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.