



Tabla comparativa de coberturas médicas para particulares

Cobertura con prestadores de servicios médicos participantes¹

Todas las coberturas médicas de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), una división de Health Care Service Corporation, incluyen servicios preventivos y de atención durante la maternidad. Consulte toda la información en el *Resumen de beneficios y cobertura* o en espanol.bcbstx.com.

Oro	Blue Advantage Gold HMO SM		Blue Advantage Plus Gold SM	MyBlue Health Gold SM en colaboración con Sanitas USA*
	206 - Three \$30 PCP Visits (Tres consultas al médico de cabecera a \$30)	207 ²	203	403 ³
Deducible por persona ⁴	\$750	\$0	\$750	\$1,100
Coaseguro	40% ⁵	0%	30% ⁵	30% ⁵
Gasto máximo de bolsillo (incluye deducible) ⁴	\$8,150	\$8,150	\$8,150	\$8,150
Consultas presenciales al médico de cabecera	primeras 3 consultas a \$30; el asegurado paga el 40% de las consultas subsiguientes ⁵	copago de \$20	copago de \$15	\$0/\$25 ⁶
Consultas presenciales a especialistas	40% ⁵	copago de \$50	copago de \$50	30% ⁵
Consultas para el tratamiento de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	40% ⁵	copago de \$20	copago de \$15	20% ⁵
Sala de emergencias	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁵	copago de \$750	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁵	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁵
Atención médica inmediata	copago de \$45	copago de \$50	copago de \$50	copago de \$50
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁵	copago de \$1,500 por día	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁵	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁵
Pacientes externos: Cirugías ⁷	deducible de \$600 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁵	copago de \$500	30% ⁵	30% ⁵
Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁷	40% ⁵	\$20	30% ⁵	30% ⁵
Imágenes (Tomografía computarizada/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ⁷	40% ⁵	\$250	30% ⁵	30% ⁵
Red	Blue Advantage HMO SM	Blue Advantage HMO SM	Blue Advantage HMO SM	MyBlue Health SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) ⁸	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes externos: Farmacias preferenciales ^{9 10}	\$0/\$10/20%/35%/45%/50%	\$0/\$10/\$50/\$100/40%/50%	\$0/\$10/20%/35%/45%/50%	\$5/\$15/30%/35%/45%/50%
Medicamentos con receta para pacientes externos: Farmacias no preferenciales ^{9 10}	\$10/\$20/25%/40%/45%/50%	\$10/\$20/\$70/\$120/40%/50%	\$10/\$20/30%/40%/45%/50%	\$10/\$25/35%/40%/45%/50%
Programas de gestión de beneficios para la utilización de medicamentos con receta ¹¹	Programa de farmacias especializadas: Obtenga medicamentos especializados en Farmacias especializadas preferenciales para tener derecho al máximo de beneficios. El asegurado paga la diferencia: Al elegir un medicamento de marca en lugar de un equivalente genérico disponible, usted pagará su parte de costumbre más la diferencia. Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, el médico necesitaría autorización de BCBSTX, y primero tendría usted que reunir ciertos requisitos o tratar medicamentos más económicos. Suministros de 90 días: Según sus beneficios para medicamentos con receta, usted podría recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos con receta con cobertura a través de pedidos por correo o en farmacias participantes.			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios.

2 Cobertura no disponible en el Mercado de Seguros Médicos de Texas.

3 Coberturas MyBlue HealthSM disponibles únicamente en los condados de Harris y Dallas. Consulte el *Certificado de beneficios y servicios médicos*.

4 Deducible y gasto máximo de bolsillo estándar por persona para esta cobertura médica. Usted tiene la responsabilidad de pagar todos los costos hasta cumplir con el deducible antes de que el seguro comience a pagar por los servicios que usted utilice. Deducibles no aplicables a servicios por los que solo se requiere copago.

5 Todos los porcentajes reflejan cantidades permitidas por los servicios incluidos.

6 Copago de \$0 únicamente para servicios una vez que el asegurado que haya elegido un médico de cabecera de Sanitas acuda a consulta en Sanitas Medical Center. Consulte el *Certificado de beneficios y servicios médicos*.

7 Es probable que los asegurados incurran en menos gastos de bolsillo si reciben servicios en centros médicos independientes para pacientes externos en casos que no sean de emergencia, en comparación con los que resulten en un hospital. Consulte su *Resumen de beneficios y cobertura*.

8 Recuerde que las Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) tienen implicaciones legales y fiscales. Blue Cross and Blue Shield of Texas no proporciona asesoramiento legal ni fiscal, y nada de lo aquí expresado se debe interpretar como asesoramiento legal o fiscal. Estos documentos y cualquier otra declaración sobre

asuntos fiscales que estos contengan no pretenden servir como base para evadir multas tributarias ni se han escrito como guía de referencia ni deben usarse para dicho fin. Las declaraciones sobre asuntos fiscales, si las hubiere, pudieron haberse redactado en conexión con las transacciones promocionales o de publicidad u otros temas que se tratan en estos documentos. Procure los servicios de un asesor en asuntos fiscales independiente según sus circunstancias específicas en relación con las posibles consecuencias que los productos o las pólizas de seguro médico específicos pudieran tener en sus declaraciones tributarias.

9 La cobertura de medicamentos con receta inicia al cumplir con el deducible anual de gastos médicos, sin incluir copagos. Las farmacias de la Red de farmacias preferenciales ofrecen a nuestros asegurados medicamentos con receta por un copago posiblemente más bajo.

10 Niveles de cobertura de medicamentos con receta: Medicamentos genéricos preferenciales / Medicamentos genéricos no preferenciales / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados preferenciales / Medicamentos especializados no preferenciales

11 Pedidos por correo no disponibles para niveles de Medicamentos especializados preferenciales y no preferenciales. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Sujeto a limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

* **Servicios clínicos disponibles a través de Sanitas Medical Centers, que son centros médicos independientes que prestan sus servicios a asegurados de las entidades Blue Cross and Blue Shield.**



Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra 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
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en 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:

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>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



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

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