

Tabla comparativa de pólizas 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			
	206	207 ²	603	706
Deducible individual ³	\$750	\$0	\$1,500	\$1,500
Coaseguro	40% ⁴	0%	40% ⁴	25% ⁴
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ³	\$9,450	\$9,450	\$5,000	\$8,700
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de \$30	copago de \$35	copago de \$45	copago de \$30
Consultas presenciales con especialistas	40% ⁴	copago de \$70	40% ⁴	copago de \$60
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	40% ⁴	copago de \$35	40% ⁴	copago de \$30
Sala de emergencias	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁴	copago de \$750	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁴	25% ⁴
Atención médica inmediata	copago de \$45	copago de \$60	copago de \$60	copago de \$45
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁴	copago de \$1,500 por día	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁴	25% ⁴
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas ⁵	deducible de \$600 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁴	copago de \$500	deducible de \$600 por incidente; luego, el asegurado paga el 40% ⁴	25% ⁴
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁵	40% ⁴	\$20	40% ⁴	25% ⁴
Pacientes externos: Imagenología (Tomografía computarizada/por emisión de positrones/por resonancia magnética) ⁵	40% ⁴	\$250	40% ⁴	25% ⁴
Red	Blue Advantage HMO SM	Blue Advantage HMO SM	Blue Advantage HMO SM	Blue Advantage HMO SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes externos: farmacias preferenciales ⁶	\$0 / \$10 / \$50 / 35% / 45% / 50% ⁷	\$0 / \$10 / \$50 / \$100 / 40% / 50% ⁷	\$0 / \$10 / \$50 / 35% / 45% / 50% ⁷	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁸
Medicamentos con receta para pacientes externos: farmacias no preferenciales ⁶	\$10 / \$20 / \$60 / 40% / 45% / 50% ⁷	\$10 / \$20 / \$70 / \$120 / 40% / 50% ⁷	\$10 / \$20 / \$60 / 40% / 45% / 50% ⁷	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁸
Programas de gestión de beneficios para la utilización de medicamentos con receta⁹	<p>Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura.</p> <p>El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.</p> <p>Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSTX, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.</p> <p>Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.</p>			

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Cobertura no disponible en el Mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace[®]) en Texas.

3 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 reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Los porcentajes representan cantidades permitidas para los servicios con cobertura.

5 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 si se atiende en un hospital. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

6 La cobertura para 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 gasto compartido posiblemente más bajo.

7 Seis niveles de pago por 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.

8 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes externos en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

9 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.



Tabla comparativa de pólizas 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 Plus Gold SM			MyBlue Health Gold ^{SM 2}	
	203	706	803	403	808
Deducible individual ³	\$850	\$1,500	\$1,850	\$1,000	\$1,500
Coaseguro	30% ⁴	25% ⁴	30% ⁴	30% ⁴	25% ⁴
Gasto máximo de bolsillo (deducible incluido) ³	\$9,450	\$8,700	\$9,450	\$9,450	\$8,700
Consultas presenciales de atención médica primaria	copago de \$20	copago de \$30	\$0	\$0 / \$20 ⁵	copago de \$30
Consultas presenciales con especialistas	copago de \$45	copago de \$60	copago de \$20	30% ⁴	copago de \$60
Consultas para tratamientos de enfermedades mentales y rehabilitación por abuso de sustancias	copago de \$20	copago de \$30	\$0	30% ⁴	copago de \$30
Sala de emergencias	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁴	25% ⁴	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁴	deducible de \$950 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁴	25% ⁴
Atención médica inmediata	copago de \$45	copago de \$45	copago de \$20	Primeras dos consultas de atención médica inmediata \$0, luego, un copago de \$30 por todas las consultas posteriores	copago de \$45
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁴	25% ⁴	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁴	deducible de \$850 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁴	25% ⁴
Pacientes externos: Operaciones quirúrgicas ⁶	30% ⁴	25% ⁴	30% ⁴	deducible de \$300 por incidente; luego, el asegurado paga el 30% ⁴	25% ⁴
Pacientes externos: Radiografías y Diagnóstico por imágenes ⁶	30% ⁴	25% ⁴	30% ⁴	30% ⁴	25% ⁴
Pacientes externos: Imagenología (Tomografía computarizada/por emisión de positrones/por resonancia magnética)	30% ⁴	25% ⁴	30% ⁴	30% ⁴	25% ⁴
Red	Blue Advantage HMO SM	Blue Advantage HMO SM	Blue Advantage HMO SM	MyBlue Health SM	MyBlue Health SM
Elegibilidad para Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	No	No	No	No	No
Medicamentos con receta para pacientes externos: farmacias preferenciales ⁷	\$0 / \$10 / \$50 / 35% / 45% / 50% ⁸	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁹	\$0 / \$10 / \$50 / 35% / 45% / 50% ⁸	\$5 / \$15 / 30% / 35% / 45% / 50% ⁸	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁹
Medicamentos con receta para pacientes externos: farmacias no preferenciales ⁷	\$10 / \$20 / \$60 / 40% / 45% / 50% ⁸	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁹	\$10 / \$20 / \$60 / 40% / 45% / 50% ⁸	\$10 / \$25 / 35% / 40% / 45% / 50% ⁸	\$15 / \$30 / \$60 / \$250 ⁹
Programas de gestión de cobertura para la utilización de medicamentos recetados¹⁰	<p>Programa de medicamentos especializados: Tiene que surtir medicamentos especializados en una Farmacia especializada preferencial para tener derecho al máximo de cobertura.</p> <p>El asegurado paga la diferencia: Al elegir medicamentos de marca en lugar de su equivalente genérico disponible, usted pagará su responsabilidad habitual más la diferencia en costo.</p> <p>Requisitos de autorización previa / terapia escalonada: Antes de recibir cobertura para algunos medicamentos, su médico necesitará recibir autorización de BCBSTX, y es posible que usted necesite reunir ciertos requisitos o tratarse primero con medicamentos más económicos.</p> <p>Suministros de 90 días: Dependiendo de la cobertura para medicamentos recetados, usted podría recibir un suministro de medicamentos recetados de 90 días mediante el servicio de entrega a domicilio o en farmacias participantes.</p>				

1 Reducción de beneficios al atenderse con prestadores de servicios médicos fuera de la red. Este es solo un resumen de los beneficios y servicios incluidos. Todos los beneficios que se muestran representan lo que el asegurado pagaría.

2 Las coberturas MyBlue HealthSM solo están disponibles en los condados de Bexar, Cameron, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Harris, Hidalgo, McLennan, Rockwall, Tarrant, Travis y Williamson. Consulte los detalles en el *Certificado de beneficios y servicios médicos*.

3 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 reciba. Copagos aplicables independientemente del cumplimiento del deducible.

4 Los porcentajes representan cantidades permitidas para los servicios con cobertura.

5 El copago de \$0 solo se aplica a las consultas si acude a un médico de atención primaria selecto. Consulte los detalles en el *Certificado de beneficios y servicios médicos*.

6 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 si se atiende en un hospital.

Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

7 La cobertura para 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 gasto compartido posiblemente más bajo.

8 Seis niveles de pago por 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.

9 Cuatro niveles de cobertura para medicamentos con receta: Medicamentos genéricos / Medicamentos de marca preferenciales / Medicamentos de marca no preferenciales / Medicamentos especializados. Los costos corresponden a los medicamentos recetados para pacientes externos en una farmacia preferencial. Podría aplicarse un deducible para ciertos niveles. Consulte los detalles en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

10 Servicio de entrega a domicilio no disponible para Medicamentos en niveles especializados. Medicamentos en niveles especializados limitados a un suministro de 30 días. Podrían aplicarse limitaciones de cobertura para ciertos medicamentos.

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
voz) 300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

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 تساعد 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. 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 Hindi	यदि आपके, या आप जिसको 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'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłłnih 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	Nêu 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.