



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 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com/trsactivecare. 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 ver 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?	Dentro de la red: \$1,000 individual/\$3,000 familiar Fuera de la red: \$2,000 individual/\$6,000 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 alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , ciertos <u>medicamentos con receta</u> , cierta <u>atención médica preventiva</u> y las <u>pruebas de diagnóstico</u> están incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza 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 costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 de <u>deducible</u> para medicamentos con receta. No se aplica a medicamentos genéricos. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$7,900 individual/\$15,800 familiar Fuera de la red: \$23,700 individual/\$47,400 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 <u>límites de gasto de bolsillo</u> individuales hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar.
¿Cuáles son los gastos que no contribuyen para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , cargos <u>por saldos con balance</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no contribuyen para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite www.bcbstx.com/trsactivecare o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa 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 <u>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>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para recibir algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que se aplique el **deducible**.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Nivel 1 — \$20 de <u>copago</u> por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés) Nivel 2 — \$40 de <u>copago</u> por consulta con un PCP; no se aplica el <u>deducible</u> ; Cirugía en el consultorio: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Incluye médico especialista en medicina interna, médico general, médico de familia, pediatra, médicos de salud conductual o ginecólogo. Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más información. Tarifa de la consulta médica de TRS Virtual Health: Teladoc: \$12, RediMD: \$0. Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Nivel 1. También puede llamar a una guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Nivel 1 — \$55 de <u>copago</u> por consulta con un especialista (SPC, en inglés) Nivel 2 — \$85 de <u>copago</u> por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u> ; Cirugía en el consultorio: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Nivel 1. También puede llamar a una guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999.
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto Nivel 1 — \$20 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$55 de <u>copago</u> por consulta con un SPC Nivel 2 — \$40 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$85 de <u>copago</u> por consulta con un SPC; para examen auditivo o de la vista	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	<u>Atención médica preventiva</u> de TRS: https://www.trstexas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx . 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> . Límite de 1 por año del <u>plan</u> para examen de audición y de la vista. Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Nivel 1. También puede llamar a una guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999.
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Servicios de laboratorio y radiografías realizados en un hospital para pacientes no hospitalizados, se aplicará un <u>coseguro</u> del 20% después de cumplir con el <u>deducible</u> .
	Imágenes de alta tecnología	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se evalúan \$100 de <u>copago</u> por procedimiento cuando los servicios se reciben en un hospital o centro de diagnóstico por imágenes.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Encuentre más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en express-scripts.com/trsactivecare .	Medicamentos genéricos	No se aplica deducible: \$20 (en farmacias locales), \$45 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales).	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Cubre un suministro para 31 días (en farmacias locales) o un suministro de entre 60 y 90 días (con entrega a domicilio o de red de mantenimiento en farmacias locales). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos para mujeres genéricos cubiertos y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) dentro de la red. Se requiere precertificación y terapia de pasos. Su costo será más alto por elegir medicamentos de Marca en lugar de medicamentos Genéricos. El límite máximo por cada medicamento surtido no se aplica si se elige un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible
	Medicamentos de marca preferidos	25% de coseguro, después de un deducible específico: \$40 mínimo y \$80 máximo en farmacias locales por cada medicamento surtido, \$105 mínimo y \$210 máximo por cada medicamento surtido por correo o farmacias locales	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Fuera de la red: El reembolso corresponde a la cantidad aprobada que se habría cobrado en una farmacia de la red menos el copago después de que se alcance el deducible del medicamento. Costo a cargo del paciente de la insulina incluida en la lista de medicamentos dentro de la red: copago/receta médica; no se aplica el deducible: \$25 (en farmacias locales), \$75 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Agujas, lancetas y jeringas genéricas con cobertura \$0 de copago. No es necesario que los suministros para el control de la diabetes se procesen el mismo día que la insulina. Medicamentos de marca y fuera del formulario: Se aplican el deducible y los copagos/coseguros.
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro, después de un deducible específico: \$100 mínimo y \$200 máximo en farmacias locales por cada medicamento surtido, \$215 mínimo y \$430 máximo por cada medicamento surtido por correo o farmacias locales	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	Todos los medicamentos especializados deben surtirse a través de la farmacia de medicamentos especializados Accredio (800-596-7701). Los medicamentos especializados no están incluidos a través de la farmacia. Todos los medicamentos especializados tienen un límite de un suministro para hasta 31 días. El Programa SaveOnSP le permite obtener medicamentos especializados seleccionados sin costo alguno para usted. Puede comunicarse con SaveOnSP al 800-683-1704 para resolver cualquier duda relacionada con el Programa SaveOnSP.
	<u>Medicamentos especializados</u>	30% de <u>coseguro</u> después de un <u>deducible</u> específico: un mínimo de \$200 y un máximo de \$900 por cada medicamento surtido	Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información.	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$150 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	\$150 de <u>copago</u> por consulta más 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Cargos del centro: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Cargos del centro: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las salas de emergencias que son independientes aplican un <u>copago</u> de \$500 por consulta antes del <u>deducible</u> . Una vez que se aplican el <u>deducible</u> y el <u>copago</u> , se aplica un 20% de <u>coseguro</u> para los servicios <u>dentro de la red</u> y un 40% de <u>coseguro</u> para los servicios <u>fuera de la red</u> . 40% de <u>coseguro</u> para atención médica que no es de emergencia <u>fuera de la red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El transporte terrestre y aéreo está incluido. Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifas del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para los centros <u>fuera de la red</u> . Copago máximo por año del plan por centro individual: \$2,250.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Nivel 1 — \$20 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$55 de <u>copago</u> por consulta con un SPC Nivel 2 — \$40 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$85 de <u>copago</u> por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u> Otros servicios para pacientes ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las consultas virtuales están disponibles a través de TRS-Virtual Health (Teladoc) y se aplicará \$0 de <u>copago</u> . Consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más detalles. Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Nivel 1. También puede llamar a una guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	Servicios para pacientes internados	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para los centros <u>fuera de la red</u> . Copago máximo por año del plan por centro individual: \$2,250.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Nivel 1 — \$20 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$55 de <u>copago</u> por consulta con un SPC Nivel 2 — \$40 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$85 de <u>copago</u> por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</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> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido). Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Nivel 1. También puede llamar a una guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para los centros <u>fuera de la red</u> . Copago máximo por año del plan por centro individual: \$2,250.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos cuando es más de \$500 por día. Limitado a 60 consultas por año del plan.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Nivel 1 — \$20 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$55 de <u>copago</u> por consulta con un SPC Nivel 2 — \$40 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$85 de <u>copago</u> por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> según el lugar en el que se reciban los servicios de tratamiento. Esto incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. La atención quiropráctica está limitada a 35 consultas por año del plan.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Nivel 1 — \$20 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$55 de <u>copago</u> por consulta con un SPC Nivel 2 — \$40 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$85 de <u>copago</u> por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Nivel 1. También puede llamar a una guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999.
				El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para la atención de enfermería especializada <u>fuera de la red</u> . Limitado a 25 días por año del plan.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	<u>Cuidados de hospicio</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos cuando es más de \$500 por día.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Nivel 1 — \$20 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$55 de <u>copago</u> por consulta con un SPC Nivel 2 — \$40 de <u>copago</u> por consulta con un PCP / \$85 de <u>copago</u> por consulta con un SPC; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Utilice el Buscador de proveedores para buscar un proveedor de Nivel 1. También puede llamar a una guía personal de la salud (PHG, en inglés) al 1-866-355-5999.
	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 plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía plástica
- Servicios dentales (adultos y niños)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de cuidado de rutina de los pies (con la excepción de las personas con diagnóstico de diabetes)
- Programas de pérdida de peso (excepto para los servicios de prevención requeridos)

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

- Acupuntura (en lugar de anestesia y para las náuseas durante el embarazo)
- Cirugía bariátrica (limitada solo a los centros Blue Distinction Center Plus. 20% después del deducible y \$150 de copago por día. \$5,000 de copago por procedimiento para cargos de profesionales)
- Atención quiropráctica (35 consultas por año del plan)
- Aparatos auditivos (máximo de \$1,000 por 36 meses para asegurados de 19 años o más)
- Tratamiento para la infertilidad (limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)
- Enfermería de servicio privado
- Servicios de cuidado de rutina de los ojos (adulto, 1 examen de la vista de rutina por año del plan)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organizaciones que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas organizaciones 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 1-866-355-5999 o visite 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. Para seguros médicos 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. Los planes eclesiásticos no están cubiertos por 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 o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organizaciones 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 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitando www.tdi.texas.gov. Para seguros médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 o visite 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. 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 al 1-800-252-3439 o visite 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 ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible a fin de obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con el estándar 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 1-866-355-5999.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-355-5999.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-355-5999.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-866-3599

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, del precio del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos seguros 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>	\$55
■ <u>Coseguro del hospital</u> (centro)	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*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$2,000
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$3,260

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una condición bien controlada)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$55
■ <u>Coseguro del hospital</u> (centro)	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*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$700
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,120

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>	\$55
■ <u>Coseguro del hospital</u> (centro)	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$100
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,100

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" arriba.

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios incluidos que figuran como EJEMPLOS.

Aviso de no discriminación

La cobertura de atención médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el primer idioma y el conocimiento limitado del idioma inglés), edad, discapacidad o sexo (según se entienda en la regulación correspondiente). Proporcionamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas de comunicación gratuitas para permitir una comunicación efectiva con nosotros. También proporcionamos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para recibir modificaciones razonables, ayudas para la comunicación o asistencia en otros idiomas sin costo alguno, sírvase llamarnos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos logrado brindar un servicio, o si cree que hemos discriminado de otra manera, puede presentar una inconformidad ante:

Coordinador de la Oficina de Derechos Civiles
 Correo postal: Coordinador de la Oficina de Derechos Civiles
 300 E. Randolph St., 35th Floor
 Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
 TTY/TDD: 855-661-6965
 Fax: 855-661-6960
 Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, sírvase llamar al número de teléfono gratuito que figura en el dorso de su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, dirigida a:

US Dept of Health & Human Services
 200 Independence Avenue SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
 TTY/TDD: 800-537-7697
 Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf Formularios de queja:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestra página web, bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.



中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服 务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供 商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ચોગ્ય ઓક્સિડેલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능 한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710- 6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánilti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahil hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjíl' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
Farsi فارسی	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomocę i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.