



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 la 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](http://www.bcbstx.com/trsactivecare). Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316\\_508.pdf](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.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/\$3,000 Familiar <u>Fuera de la red</u> : \$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 cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , determinados <u>medicamentos con receta</u> , determinados tipos de <u>atención médica preventiva</u> y <u>pruebas de diagnóstico</u> tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con 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</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios de prevención</u> cubiertos 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?	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 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> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$7,900 Individual/\$15,800 Familiar <u>Fuera de la red</u> : \$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 propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	Primas de la póliza, cargos por <u>facturas con saldo adicional</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 se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en <a href="http://www.bcbstx.com/trsactivecare">www.bcbstx.com/trsactivecare</a> o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de los <u>profesionales de la salud que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>profesional de la salud</u> que no forma parte de la <u>red</u> , y es posible que reciba una <u>factura de un profesional de la salud</u> por la diferencia entre el cargo del <u>profesional de la salud</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 la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <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 se aplique el **deducible**.

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 de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto el 20% de <u>coseguro</u> para cirugía en consultorio	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 mental o ginecólogo. Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; para obtener más información consulte la póliza de su <u>plan</u> . Arancel de la consulta médica de TRS Virtual Health: Teladoc \$12, RediMD \$0.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto el 20% de <u>coseguro</u> para cirugía en consultorio	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u> ; excepto \$30 de <u>copago</u> para PCP (médico de atención primaria)/\$70 de <u>copago</u> para SPC (especialista) por consulta para examen de audición o de la vista	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	<u>Atención médica preventiva de TRS:</u> <a href="https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx">https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx</a> . 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> . Limitación de 1 por año del <u>plan</u> para examen de audición y de la vista.
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>	Para los servicios de laboratorio/radiografías para pacientes no hospitalizados realizados en un hospital, se aplica el 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Puede que se requiera <u>autorización</u> previa. Se evalúa el cargo de \$100 de <u>copago</u> por procedimiento cuando se reciben servicios en un hospital o centro de diagnóstico por imágenes.
Si requiere medicamentos para tratar su	Medicamentos genéricos	Copago por receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$20 (primer surtido en	Copago por receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$20 (primer	Cubre un suministro de 31 días (en Locales Comerciales) o un suministro de entre 60 y 90 días (Entrega a Domicilio y Red de Mantenimiento en Locales Comerciales). Incluye

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en [www.bcbstx.com/trsactivecare](http://www.bcbstx.com/trsactivecare).

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>enfermedad o afección</b> Más información acerca de la <b>cobertura para medicamentos con receta</b> está disponible en <a href="https://express-scripts.com/trsactivecare">express-scripts.com/trsactivecare</a> .		Locales Comerciales), \$45 (Entrega a Domicilio o Mantenimiento en Locales Comerciales)	surtido en Locales Comerciales) \$45 (Entrega a Domicilio o Mantenimiento en Locales Comerciales) Se requiere un formulario de Reclamación Directa.	medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos para mujeres genéricos preferidos que forman parte de la red y que están aprobados por la FDA. Se requiere certificación previa y terapia escalonada. Su costo será mayor por preferir medicamentos de marca en lugar de un medicamento genérico, a menos que la receta indique "dispensar tal como está escrito en la receta médica". Las reclamaciones Fuera de la Red se cubren mediante el envío directo de reclamaciones. 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. Gasto de Bolsillo de la Insulina de la Lista de Medicamentos Copago por receta médica dentro de la red, no se aplica el deducible: \$25 (primer surtido en Locales Comerciales), \$75 (Entrega a Domicilio o Mantenimiento en Locales Comerciales) Copago por receta médica fuera de la red, no se aplica el deducible: \$25 (primer surtido en Locales Comerciales), \$75 (Entrega a Domicilio o Mantenimiento en Locales Comerciales). Se requiere un formulario de Reclamación Directa. Comuníquese con Servicio al Cliente al 844-367-6108 si desea verificar si su insulina está en la lista de medicamentos.
	Medicamentos de marca preferidos	Copago por receta médica: 25% de coseguro después del deducible específico: mínimo \$40/máximo \$80 (primer surtido en Locales Comerciales), mínimo \$105/máximo \$210 (Entrega a Domicilio o Mantenimiento en Locales Comerciales).	Copago por receta médica: 25% de coseguro después del deducible específico: mínimo \$40/máximo \$80 (primer surtido en Locales Comerciales), mínimo \$105/máximo \$210 (Entrega a Domicilio o Mantenimiento en Locales Comerciales). Se requiere un formulario de Reclamación Directa.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago por receta médica: 50% de coseguro después del deducible específico: mínimo \$100/máximo \$200 (primer surtido en Locales Comerciales), mínimo \$215/máximo \$430 (Entrega a Domicilio o Mantenimiento en Locales Comerciales).	Copago por receta médica: 50% de coseguro después del deducible específico: mínimo \$100/máximo \$200 (primer surtido en Locales Comerciales), mínimo \$215/máximo \$430 (Entrega a Domicilio o Smart90). Se requiere un formulario de Reclamación Directa.	

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en [www.bcbstx.com/trsactivecare](https://www.bcbstx.com/trsactivecare).

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>Medicamentos especializados</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> específico, mínimo \$200/máximo \$900	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 Accredo (800-596-7701). Los medicamentos especializados no tienen cobertura a través de la farmacia. Todos los medicamentos especializados tienen un límite de un suministro de 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.
<b>Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados</b>	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	\$150 de <u>copago</u> por consulta más 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
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</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> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de 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 sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las salas de emergencia independientes aplican un \$500 de <u>copago</u> por consulta antes del <u>deducible</u> . Una vez aplicados el <u>deducible</u> y el <u>copago</u> , existe 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 uso <u>fuera de la red</u> que no sea de emergencia.
	<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>	Transportación terrestre y aérea cubierta. Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención médica inmediata</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
<b>Si tiene una estadía en un hospital</b>	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos por más de \$500 por día para los centros <u>que no forman parte de la red</u> . Máximo por año del plan por copago individual de los centros: \$2,250. Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$250 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en [www.bcbstx.com/trsactivecare](http://www.bcbstx.com/trsactivecare).

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)	
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</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 consulta; no se aplica el <u>deducible</u> , 20% de <u>coseguro</u> luego del <u>deducible</u> en otros servicios para pacientes no hospitalizados	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios para obtener más detalles. 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.
	Servicios para pacientes internados	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos por más de \$500 por día para los centros <u>que no forman parte de la red</u> . Máximo por año del plan por copago individual de los centros: \$2,250. Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$250 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$30 de <u>copago</u> para un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/\$70 para un especialista (SPC, en inglés) por consulta no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El <u>copago</u> se aplica para 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/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 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos por más de \$500 por día para los centros <u>que no forman parte de la red</u> . Máximo por año del plan por copago individual de los centros: \$2,250. Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$250 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</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> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos que excedan los \$500 por día. Limitado a 60 consultas por año del plan. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> en función del lugar donde se recibieron los servicios de tratamiento. Esto incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en [www.bcbstx.com/trsactivecare](http://www.bcbstx.com/trsactivecare).

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>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>	El miembro paga el saldo de los cargos cubiertos que excedan los \$500 por día para la atención de enfermería especializada fuera de la red. Limitado a 25 días por año del plan. Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<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 paliativos</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 que excedan los \$500 por día. Se requiere <u>autorización previa</u> .
<b>Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos</b>	Examen de la vista para niños	\$70 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
	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 NO cubre (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 y niños)</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>Cirugía cosmética</li> <li>Cuidado de rutina de los pies (salvo para personas diagnosticadas con diabetes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas de pérdida de peso (excepto los servicios de prevención necesarios)</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 (en lugar de anestesia y para náuseas durante el embarazo)</li> <li>Atención quiropráctica (35 consultas por año del plan)</li> <li>Audífonos (\$1,000 máximo/36 meses para miembros de 19 años o más)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía bariátrica (limitado solo a los centros Blue Distinction Center Plus. 20% después del <u>deducible</u> y \$150 de <u>copago</u> por día. \$5,000 de <u>copago</u> por procedimiento para cargos de profesionales)</li> <li>Cuidado de rutina de los ojos (adulto, 1 examen ocular de rutina por año del plan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería de servicio privado</li> <li>Tratamiento de infertilidad (limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)</li> </ul>

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en [www.bcbstx.com/trsactivecare](http://www.bcbstx.com/trsactivecare).

**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 siguiente: 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](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 cubiertos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Omnibus 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 1-866-355-5999 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 llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), y con el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor, llamando al 1-800-252-3439 o visitando [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 1-866-355-5999 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 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).

#### **¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible 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 para obtener un crédito fiscal para las primas.

#### **¿Cumple este plan 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:**

Español (Spanish): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-355-5999.

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

Chino (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, kwijigo holne' 1-866-35

***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 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 dentro de la red y parto en un hospital)

- **Deducible general del plan** \$1,000
- **Copago del especialista** \$70
- **Coseguro del hospital (centro)** 20%
- **Otro coseguro** 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>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$2,334
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$3,364</b>

**Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- **Deducible general del plan** \$1,000
- **Copago del especialista** \$70
- **Coseguro del hospital (centro)** 20%
- **Otro coseguro** 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>	\$280
<u>Coseguro</u>	\$864
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$2,144</b>

**Fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- **Deducible general del plan** \$1,000
- **Copago del especialista** \$70
- **Coseguro del hospital (centro)** 20%
- **Otro coseguro** 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>	\$530
<u>Coseguro</u>	\$254
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$1,784</b>

\* 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.



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

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.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o asistencia lingüística, llámenos al 855-710-6984.

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  
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

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en:

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>  
Formularios 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، فلديك 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	જી તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. ક્વેસ્ટમ 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 निःशुल्क 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 biká anánłwoł'ígíí, na'ídiłkido, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bina'ídiłkidiígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i' 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 w 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.