



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/trscarestandard](http://www.bcbstx.com/trscarestandard). Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedores 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> : \$1,500 Individual/\$3,000 Familiar <u>Fuera de la red</u> : \$3,000 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 la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general familiar antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> tiene cobertura antes de alcanzar el <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> . Consulte la lista de <u>servicios de prevención</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$5,650 Individual/\$11,300 Familiar <u>Fuera de la red</u> : \$11,300 Individual/\$22,600 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> ?	<u>Primas</u> , 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/trscarestandard">www.bcbstx.com/trscarestandard</a> o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de <u>profesionales 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>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . 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 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 de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica</b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	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; consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más información. Arancel de la consulta médica Teladoc de TRS Virtual Health: \$42, RediMD \$30.
	Consulta con un <u>especialista</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 40%	<u>Atención médica preventiva</u> de TRS: <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> .
<b>Si tiene que hacerse una prueba</b>	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .

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

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 de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Más información acerca de la <b>cobertura de medicamentos con receta</b> está disponible en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>	Medicamentos genéricos	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	Cubre un suministro de 31 días (en farmacia), suministro de 60 a 90 días (en entrega a domicilio o en farmacias de la red Retail-Plus). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos para mujeres genéricos preferidos y aprobados por la FDA <u>dentro de la red</u> . 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 se lo recete por escrito. <u>Fuera de la red</u> : el reembolso es la <u>cantidad aprobada</u> que habría cobrado una farmacia <u>de la red</u> menos el <u>copago</u> .  El Programa de <u>Copago</u> PrudentRx le permite obtener medicamentos de especialidad seleccionados sin costo alguno para usted después de que alcance su <u>deducible</u> . Eso significa \$0 de gastos de bolsillo (OOP, en inglés) para cualquier medicamento en la Lista de <u>Medicamentos Especializados</u> Prudent exclusiva de su <u>plan</u> cuando usted surta su receta en CVS Specialty. Puede comunicarse con PrudentRx al 1-800-578-4403 para resolver cualquier pregunta relacionada con el Programa de <u>Copago</u> PrudentRx.  Es posible que se disponga de medicamentos de mantenimiento a un valor de \$0, visite <a href="https://www.caremark.com/portal/asset/TRS_Generics_PDL.pdf">https://www.caremark.com/portal/asset/TRS_Generics_PDL.pdf</a>
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u>	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	<u>Coseguro del 20% después del deducible</u>	
<b>Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados</b>	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Ninguna

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

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 de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si requiere atención médica inmediata</b>	Atención de la sala de emergencias	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Transportación terrestre y aérea cubierta. El transporte aéreo requiere <u>autorización previa</u> . Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención médica inmediata</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
<b>Si tiene una estadía en un hospital</b>	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$400 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El miembro paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros que no forman parte de la red</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Ninguna
<b>Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes no hospitalizados	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener información. Las consultas de terapia pueden realizarse con un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta. Las consultas virtuales están disponibles a través de TRS Virtual Health; consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más información. Aranceles de las consultas de salud mental: Psiquiatra (consulta inicial) \$185.00, psiquiatra (consulta continua) \$95.00; psicólogo y trabajador social clínico con licencia \$85.00.
	Servicios para pacientes internados	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$400 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> . El miembro paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros que no forman parte de la red</u> .

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

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 de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en <u>maternidad</u> puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
<b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitado a 120 consultas por año calendario combinadas para la atención médica a domicilio y el servicio de enfermería privado. El miembro paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros que no forman parte de la red</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Limitado a 25 días para terapia física y terapia ocupacional por año calendario; se permiten días adicionales si se considera médicamente necesario. Esto incluye terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 40%	Limitado a 25 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . El miembro paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros que no forman parte de la red</u> .

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

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 de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Limitado a 1 equipo médico duradero para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	<u>Cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . El miembro paga el saldo de los cargos con cobertura por más de \$500 por día para los <u>centros que no forman parte de la red</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

### Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

<b>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).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental (adultos)</li> <li>Atención médica a largo plazo</li> <li>Atención no urgente 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 ojos (para adultos, salvo personas con diagnóstico de diabetes)</li> <li>Cuidado de rutina de los pies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas de pérdida de peso</li> <li>Tratamiento para la infertilidad</li> </ul>
<b>Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Atención quiropráctica (20 visitas por año calendario)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (limitado a \$1,000 por oído, por período de 36 meses)</li> <li>Cirugía bariátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería de servicio privado</li> </ul>

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



**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 cobertura médica grupal, comuníquese con el plan o Blue Cross and Blue Shield of Texas llamando al 1-866-355-5999 o visitando [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 planes de salud 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 su regulador 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 al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y con el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o visitar [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov). Para seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros de gastos médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 o visite [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com), o bien comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o visite [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html).

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

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, 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 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' 1-866-355-5999.

***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 según los diferentes planes de salud. 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)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/nacimiento  
 Servicios de parto/nacimiento en el centro  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,200
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que debe pagar Peg es</b>	<b>\$3,760</b>

### Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)  
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$800
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que debe pagar Joe es</b>	<b>\$2,320</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia debe pagar:

Gastos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$300
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que debe pagar Mia es</b>	<b>\$1,800</b>





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

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 con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo discriminamos 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>



Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tiene el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 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 અવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક છે. દુબાઈ સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	याँदे 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 bíká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níf'ée níká a'doolwoł dóó bína'ídiłkídígíí bee níł h doonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíílnih kwe'ée 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالاتی 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.