



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/trscarestandard. 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 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> : \$1,600 individual/\$3,200 familiar <u>Fuera de la red</u> : \$3,200 individual/\$6,400 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 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 cumplir con su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios de prevención</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿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 de la póliza</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 acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbstx.com/trscarestandard 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> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del 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 la prestación de 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 que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</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 Teladoc de TRS Virtual Health: \$42, RediMD \$30.
	Consulta con un <u>especialista</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ exámenes de detección/ vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	<u>Atención 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> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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.

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 necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en express-scripts.com/trscarestandard	Medicamentos genéricos	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	<p>Cubre un suministro para 31 días (en farmacias locales) o un suministro de entre 60 y 90 días (de mantenimiento con entrega a domicilio o en farmacias locales). Su costo será mayor por preferir medicamentos de marca en lugar de medicamentos genéricos, a menos que la receta indique “dispensar tal como está escrito en la receta médica”. Las reclamaciones fuera de la red están cubiertas a través de un 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.</p> <p>Todos los medicamentos especializados deben surtirse a través de la Farmacia de Medicamentos Especializados Accredito llamando al 800-596-7701. Los medicamentos especializados no tienen cobertura 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.</p> <p>Gasto de bolsillo por la insulina del formulario: Copago por receta médica, no se aplica el deducible: \$25 (en farmacias locales), \$75 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Comuníquese con Servicio al Cliente al 855-778-1459 si desea verificar si su insulina está en la lista de medicamentos.</p> <p>Suministro para 90 días de agujas, lancetas y jeringas: \$0 de copago</p>
	Medicamentos de marca preferidos	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</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.

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)	
				Medicamentos de marca y fuera de la lista de medicamentos: Se aplican el deducible y los copagos/coseguros. No es necesario procesar los suministros para personas diabéticas el mismo día que la insulina.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	El transporte terrestre y aéreo está cubierto. 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 de urgencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifas del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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> .
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</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.

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 necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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 profesional, 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. Tarifas de las consultas de salud mental: Psiquiatra (consulta inicial) \$185.00, psiquiatra (consulta continua) \$95.00; psicólogo y trabajador social clínico profesional \$85.00.
	Servicios para pacientes internados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los <u>costos 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 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>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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> .
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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> .

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en 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 que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	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>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Limitada 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> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Limitado a 1 equipo médico duradero 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>	40% de <u>coseguro</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 servicios dentales o de la vista	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:

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"> Servicios dentales (adulto) Atención médica a largo plazo Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía plástica Servicios de rutina de los ojos (para adultos, con la excepción de las personas con diagnóstico de diabetes) Servicios de rutina de los pies 	<ul style="list-style-type: none"> Programas de pérdida de peso Tratamiento para la infertilidad

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"> Acupuntura Atención quiropráctica (20 visitas por año calendario) 	<ul style="list-style-type: none"> Audífonos (limitado a \$1,000 por oído, por período de 36 meses) Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería de servicio privado

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com/trscarestandard.

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 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 [queja formal](#) 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 [queja formal](#) 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 al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitar 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 llamando 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:

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 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>	\$1,600
■ <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*)

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

En este ejemplo, Peg debe pagar:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,600
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,200
¿Qué servicios no cubre el plan?	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$3,860

Tratamiento 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>	\$1,600
■ <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*)

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,600
Copagos	\$0
Coseguro	\$800
¿Qué servicios no cubre el plan?	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,420

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,600
■ <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*)

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,600
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
¿Qué servicios no cubre el plan?	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,800

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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 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>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



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

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، 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	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક છે. દુભાષિયા 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 नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bítá anánílwo'ígíí, na'ídítkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł dóó bína'ídítkidígíí 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 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.