



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com/trsactivecare. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible general</u> ?	<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 alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , ciertos <u>medicamentos con receta</u> , cierta <u>atención médica preventiva</u> y las <u>pruebas de diagnóstico</u> están incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios de prevención sin costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 de <u>deducible</u> para medicamentos con receta. No se aplica a medicamentos genéricos. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<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 <u>límites de gasto de bolsillo</u> individuales hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar.
¿Cuáles son los gastos que no contribuyen para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>saldos con balance</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no contribuyen para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite www.bcbstx.com/trsactivecare o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para 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 dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> ; salvo por el 20% de <u>coseguro</u> para la cirugía en el 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 conductual o ginecólogo. Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más información. Tarifas 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> ; salvo por el 20% de <u>coseguro</u> para la cirugía en el 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 el <u>deducible</u> ; excepto \$30 de <u>copago</u> por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/\$70 con un especialista (SPC, en inglés) para examen auditivo o de la vista	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	<u>Atención médica preventiva de TRS:</u> https://www.trstexas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx . Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . Límite de 1 por año del <u>plan</u> para examen de audición y de la vista.
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Servicios de laboratorio y radiografías realizados en un hospital para pacientes no hospitalizados, se aplicará un <u>coseguro</u> del 20% después de cumplir con el <u>deducible</u> .
	Diagnóstico a través de 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>	Se evalúan \$100 de <u>copago</u> por procedimiento cuando los servicios se reciben en un hospital o centro de diagnóstico por imágenes.

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Encuentre más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en express-scripts.com/trsactivecare .	Medicamentos genéricos	Copago por receta médica, no se aplica el deducible: \$20, \$45 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales)	Copago por receta médica, no se aplica el deducible: \$20, \$45 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Se requiere un formulario de reclamación directa.	Cubre un suministro para 31 días (en farmacias locales) o un suministro de entre 60 y 90 días (con entrega a domicilio o de red de mantenimiento en farmacias locales). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que se pueden adquirir en una farmacia. No se aplican cargos por anticonceptivos para mujeres genéricos preferidos y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) dentro de la red. Se requiere precertificación y terapia de pasos. Su costo será más alto por elegir medicamentos de Marca en lugar de medicamentos Genéricos. Las reclamaciones fuera de la red están incluidas 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. Gasto de bolsillo por la insulina del formulario dentro de la red: copago/receta médica, no se aplica el deducible: \$25 (en farmacias locales), \$75 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Fuera de la red: copago/receta médica; no se aplica el deducible: \$25 (en farmacias locales), \$75 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). 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. Agujas, lancetas y jeringas. Suministro para 31 días \$0 de copago. Suministro para 90 días \$0 de copago. No es necesario que los suministros para el control de la diabetes se procesen el mismo día que la insulina. Medicamentos de marca y fuera del formulario: Se aplican el deducible y los copagos/coseguros.
	Medicamentos de marca preferidos	Copago/receta médica: 25% de coseguro después del deducible específico: mínimo de \$40/máximo de \$80, mínimo de \$105/máximo de \$210 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales)	Copago/receta médica: 25% de coseguro después del deducible específico: mínimo de \$40/máximo de \$80, mínimo de \$105/máximo de \$210 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales). Se requiere un formulario de reclamación directa.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago/receta médica: 50% de coseguro después del deducible específico: mínimo de \$100/máximo de \$200, mínimo de \$215/máximo de \$430 (con entrega a domicilio o mantenimiento en farmacias locales)	Copago/receta médica: 50% de coseguro después del deducible específico: mínimo de \$100/máximo de \$200, mínimo de \$215/máximo de \$430 (con entrega a domicilio o Smart90). Se requiere un formulario de reclamación directa.	

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> específico, mínimo de \$200/máximo de \$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 Accreddo (800-596-7701). Los medicamentos especializados no están incluidos a través de la farmacia. Todos los medicamentos especializados tienen un límite de un suministro para hasta 31 días. El Programa SaveOnSP le permite obtener medicamentos especializados seleccionados sin costo alguno para usted. Puede comunicarse con SaveOnSP al 800-683-1704 para resolver cualquier duda relacionada con el Programa SaveOnSP.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	\$150 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	\$150 de <u>copago</u> por consulta más un 40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
Si requiere atención de urgencia	Atención en la sala de emergencias	Cargos del centro: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Cargos del centro: \$250 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las salas de emergencias que son independientes aplican un <u>copago</u> de \$500 por consulta antes del <u>deducible</u> . Una vez que se aplican el <u>deducible</u> y el <u>copago</u> , se aplica un 20% de <u>coseguro</u> para los servicios <u>dentro de la red</u> y un 40% de <u>coseguro</u> para los servicios <u>fuera de la red</u> . 40% de <u>coseguro</u> para atención médica que no es de emergencia <u>fuera de la red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El transporte terrestre y aéreo está incluido. Transporte que no sea de emergencia: sin cobertura, excepto si cuenta con <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifas del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para los centros <u>fuera de la red</u> . Copago máximo por año del plan por centro individual: \$2,250.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> por otros servicios para pacientes ambulatorios	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las consultas virtuales están disponibles a través de TRS-Virtual Health (Teladoc) y se aplicará \$0 de <u>copago</u> . Consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más detalles
	Servicios para pacientes internados	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para los centros <u>fuera de la red</u> . Copago máximo por año del plan por centro individual: \$2,250.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 de <u>copago</u> por visita al consultorio de un PCP/\$70 por visita al consultorio de un SPC; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El <u>copago</u> se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	\$150 de <u>copago</u> por día los primeros 5 días más un 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo del cargo cuando es más de \$500 por día. Limitado a 60 consultas por año del plan.
	<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> según el lugar en el que se reciban los servicios de tratamiento. Esto incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Servicios de quiropráctica: \$70 de <u>copago</u> por visita al consultorio de un SPC; no se aplica el <u>deducible</u> . Pueden aplicarse excepciones.
	<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>	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	¿Qué deberá pagar?		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
	<u>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 asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para la atención de enfermería especializada <u>fuera de la red</u> . Limitado a 25 días por año del plan.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> para el mismo propósito o uno similar. Excluye las reparaciones por uso indebido o excesivo.
	<u>Cuidados de hospicio</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	El asegurado paga el saldo del cargo cuando es más de \$500 por día.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	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"> Atención médica a largo plazo Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos Cirugía plástica 	<ul style="list-style-type: none"> Programas de pérdida de peso (excepto para los servicios de prevención requeridos) Servicios dentales (adultos y niños) 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de cuidado de rutina de los pies (con la excepción de las personas con diagnóstico de diabetes)

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 (en lugar de anestesia y para náuseas durante el embarazo) Atención quiropráctica (35 consultas por año del plan) Aparatos auditivos (máximo de \$1,000 por 36 meses para asegurados de 19 años o más) 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía bariátrica (limitada 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) Enfermería de servicio privado 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de cuidado de rutina de los ojos (adulto, 1 examen de la vista de rutina por año del plan) Tratamiento para la infertilidad (limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)

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

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organizaciones que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas organizaciones es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre la cobertura médica grupal, comuníquese con el [plan](#), Blue Cross and Blue Shield of Texas, al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para seguros médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Los planes eclesiásticos no están cubiertos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la entidad reguladora estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organizaciones que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitando www.tdi.texas.gov. Para seguros médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-866-355-5999 o visite www.bcbstx.com, o bien comuníquese con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.tdi.texas.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible a fin de obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

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

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

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

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, 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>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$70
■ <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:

<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
El total que debe pagar Peg es	\$3,364

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$70
■ <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:

<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
El total que debe pagar Joe es	\$2,144

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$70
■ <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:

<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
El total que debe pagar Mia es	\$1,784

* 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 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>
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

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	ان 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	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 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 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 la'da biká anání'wo'ígíí, na'idíí'kidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł dóó bina'idíí'kidgíí bee ní h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i' hodíí'lnih kwe'e 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، یا 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 tinutulongan 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.