



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](http://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> ?   | Dentro de la red: \$3,200 individual/\$6,400 familiar<br>Fuera de la red: \$6,400 individual/\$12,800 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 plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, 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. Ciertos <u>medicamentos con receta</u> y cierta <u>atención médica preventiva</u> tienen cobertura antes de alcanzar su <u>deducible</u> .                                      | Este plan 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 plan 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 <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?                               | No.   | No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.   |
| ¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este plan?                         | Dentro de la red: \$8,050 individual/\$16,100 familiar<br>Fuera de la red: \$20,250 individual/\$40,500 familiar  | El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos.<br>Si tiene otros miembros de la familia en este plan, 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 plan 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 <a href="http://www.bcbstx.com/trsactivecare">www.bcbstx.com/trsactivecare</a> o llame al 1-866-355-5999 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este plan 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 plan ( <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 <u>proveedor</u> | Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión  | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Incluye médico especialista en medicina interna, médico general, médico de familia, médicos de salud conductual o pediatra.<br>Es posible que las consultas virtuales estén disponibles; consulte la póliza de su <u>plan</u> para obtener más información. Tarifa de la consulta médica de TRS Virtual Health: Teladoc: \$42, RediMD: \$30.  |
|  | Consulta con un <u>especialista</u>  | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% 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>         | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | <u>Atención médica preventiva de TRS:</u><br><a href="https://www.trstexas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx">https://www.trstexas.gov/Pages/healthcare_covered_preventive_care.aspx</a> .<br>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 (radiografías, análisis de sangre)</u>   | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Ninguna   |
|  | Diagnóstico a través de imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% 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/trsactivecare](http://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)  |  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica</b><br>Encuentre más información acerca de la <b><u>cobertura para medicamentos con receta</u></b> disponible en <a href="http://express-scripts.com/trsactivecare">express-scripts.com/trsactivecare</a> . | Medicamentos genéricos              | 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información. | <p>Cubre un suministro para 31 días (en farmacias locales) o un suministro de entre 60 y 90 días (con entrega a domicilio o 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, a menos que en la receta se indique "Dispensar tal como está escrito en la receta médica".</p> <p>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. Los medicamentos en la Lista de Tratamientos Preventivos de Medicamentos Genéricos Únicamente mantenida por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) están incluidos sin costo para los participantes en el plan TRS-ActiveCare HD.</p> <p>Gasto de bolsillo por la insulina del formulario, 25% de coseguro después del deducible.</p> <p>Comuníquese con Servicio al Cliente al 844-367-6108 si desea verificar si su insulina está en la lista de medicamentos.</p> <p>Agujas, lancetas y jeringas.</p> <p>Suministro para 31 días con \$0 de copago y suministro para 90 días con \$0 de copago.</p> <p>No es necesario que los suministros para el control de la diabetes se procesen el mismo día que la insulina.</p> <p>Medicamentos de marca y fuera del formulario: Se aplican el deducible y los copagos/coseguros.</p> |
|  | Medicamentos de marca preferidos    |   | Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información. |  |
|  | Medicamentos de marca no preferidos | 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Consulte la columna Limitaciones, excepciones y otra información importante para obtener más información. |  |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan 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 dentro de la red (usted pagará menos)  | Proveedor fuera de la red (usted pagará más)   |  |
|                                       | Medicamentos especializados                                | 20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | 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 están incluidos a través de la farmacia. Todos los medicamentos especializados tienen un límite de un suministro para hasta 31 días. Cualquier programa de asistencia de copago no se aplicará a su deducible ni a sus gastos de bolsillo.  |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria   | Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | Ninguna  |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                                | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | Ninguna  |
| Si requiere atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias                         | Cargos del centro: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Cargos médicos de la sala de emergencia: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Cargos del centro: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u><br>Cargos médicos de la sala de emergencia: 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> para atención médica que no es de emergencia <u>fuera de la red</u> . Las salas de emergencias que son independientes aplican \$500 de <u>copago</u> por consulta luego de alcanzar totalmente el <u>deducible</u> . Una vez que se aplican el <u>deducible</u> y el <u>copago</u> , se aplica un 30% de <u>coseguro</u> para los servicios <u>dentro de la red</u> y un 50% de <u>coseguro</u> para los servicios <u>fuera de la red</u> . |
|                                       | <u>Transporte médico de emergencia</u>                     | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | 30% 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 autorización previa.  |
|                                       | <u>Atención de urgencia</u>                                | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | 50% 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)       | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | 50% 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> .  |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                                | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>  | 50% 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)        |   |
| <b>Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios       | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 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 conductual: Psiquiatra (consulta inicial) \$185.00, psiquiatra (consulta continua) \$95.00; psicólogo y trabajador social clínico profesional \$85.00. |
|  | Servicios para pacientes internados         | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% 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> .   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                      | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 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 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 | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> |   |
|  | Servicios de parto/nacimiento en el centro  | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% 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> .   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b>                 | <u>Atención médica en el hogar</u>          | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Limitado a 60 consultas por año del <u>plan</u> . El asegurado paga el saldo de los cargos con cobertura cuando es más de \$500 por día para los servicios <u>fuera de la red</u> .   |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>          | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Esto incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.   |
|  | <u>Servicios de habilitación</u>            | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> |   |
|  | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | Limitado a 25 días por año del <u>plan</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> .  |
|  | <u>Equipo médico duradero</u>               | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% 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.   |

| 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>Cuidados de hospicio</u>        | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% 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 servicios <u>fuera de la red</u> . |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños      | 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> | 1 examen de la vista de rutina por año del plan si lo realiza un oftalmólogo u optometrista.                                      |
|   | 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 médica a largo plazo</li> <li>Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía plástica</li> <li>Programas de pérdida de peso (excepto para los servicios de prevención requeridos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales (adultos y niños)</li> <li>Servicios de cuidado de rutina de los pies (con la excepción de las personas con diagnóstico de diabetes)</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> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aparatos auditivos (máximo de \$1,000 por 36 meses para asegurados de 19 años o más)</li> <li>Enfermería de servicio privado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de cuidado de rutina de los ojos (adulto, 1 examen de la vista de rutina por año del plan)</li> <li>Tratamiento para la infertilidad (limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)</li> </ul> |

**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](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 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](http://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](http://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](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 Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitando [www.tdi.texas.gov](http://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](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).

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

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración anual de ingresos, a menos que sea elegible para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

#### **¿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, kwiiijigo 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)

- Deducible general del plan \$3,200
- Coseguro del especialista 30%
- Coseguro del hospital (centro) 30%
- Otro coseguro 30%

**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>                       | \$3,200        |
| <u>Copagos</u>                          | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                         | \$2,850        |
| <i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                   | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Peg es</b>   | <b>\$6,050</b> |

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

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

- Deducible general del plan \$3,200
- Coseguro del especialista 30%
- Coseguro del hospital (centro) 30%
- Otro coseguro 30%

**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>                       | \$3,200        |
| <u>Copagos</u>                          | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                         | \$720          |
| <i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                   | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Joe es</b>   | <b>\$3,920</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- Deducible general del plan \$3,200
- Coseguro del especialista 30%
- Coseguro del hospital (centro) 30%
- Otro coseguro 30%

**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>                       | \$2,800        |
| <u>Copagos</u>                          | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                         | \$0            |
| <i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                   | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Mia es</b>   | <b>\$2,800</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 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 in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Español<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>Gujarati      | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને અસુવ્યવસ્થિત 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<br>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<br>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<br>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<br>Navajo           | T'áá ní, éí doodago la'da biká anáníłwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'í t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bina'ídiłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodííłnih kwe'é 855-710-6984.                       |
| فارسی<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>Vietnamese | Nêu 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.                                 |