



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 1-866-882-2034 o visite www.bcbstx.com/ut. 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 consultar 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> ?	Para el proveedor que forma parte de la red de UT Health: \$600 individual/\$1,800 familiar Dentro de la red: \$600 individual/\$1,800 familiar Fuera de la red: \$1,800 individual/\$5,400 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 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 general</u> familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , servicios en la sala de emergencias, cierta <u>atención médica preventiva</u> y <u>pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) tienen cobertura antes de alcanzar el <u>deducible general</u> .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan incluye ciertos <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles para servicios específicos</u> ?	Sí. <u>Deducible para cirugía bariátrica</u> : \$3,000 por persona. <u>Deducible para medicamento con receta</u> : \$200 por persona. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este plan?	Para el proveedor que forma parte de la red de UT Health: \$9,100 individual/\$18,200 familiar Dentro de la red: \$9,100 Individual/\$18,200 Familiar Para Fuera de la red: Sin límite Límite de coseguro: Proveedores que forman parte de la red de UT Health \$3,500 individual/\$10,500 familiar Dentro de la red: \$3,500 individual/\$10,500 familiar Fuera de la red: Sin límite	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 plan, 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 <u>gastos no incluidos en el límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , <u>deducible para cirugía bariátrica</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , ciertos <u>medicamentos especializados</u> considerados <u>beneficios de salud no esenciales</u> y <u>atención médica</u> que este plan 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/ut o llame al 1-866-882-2034 para obtener una lista de los <u>profesionales que forman parte de la red</u> .	Usted paga menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red de UT Health</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</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 usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido para consultar con un especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copagos** y **cosegueros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Profesional de la salud que forma parte de la red de UT Health (usted pagará menos)</u>	<u>Proveedor que forma parte de la red</u>	<u>Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)</u>	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$20 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	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> . No hay cargo por vacunas para niños <u>fuera de la red</u> desde el nacimiento hasta el día del sexto cumpleaños.
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	El <u>deducible</u> y el <u>coseguro</u> pueden aplicarse si se presenta en un centro.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	\$150 de <u>copago</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	\$150 de <u>copago</u> ; no se aplica el <u>deducible</u>	\$150 de <u>copago</u> más 40% de <u>coseguro</u>	El <u>deducible</u> y el <u>coseguro</u> pueden aplicarse si se presenta en un centro.

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red de UT Health (usted pagará menos)	Proveedor que forma parte de la red	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura para medicamentos con receta está disponible en www.express-scripts.com/ut	Medicamentos genéricos	\$10 (en locales comerciales) \$20 (entrega a domicilio/Smart90®) de copago	\$10 (en locales comerciales) \$20 (entrega a domicilio/Smart90®) de <u>copago</u>	El reembolso depende del monto permitido	Los <u>copagos</u> son por receta médica. <u>Deducible</u> anual: \$200 por persona; 30 días de suministro en locales comerciales; 90 días de suministro en entrega a domicilio o Smart90®. Smart90® es una característica de su <u>plan</u> de medicamentos con receta médica que permite un suministro de 90 días en locales de Walgreens y farmacias de UT. Los medicamentos especializados se deben obtener en una farmacia de medicamentos especializados <u>Accredo</u> para permitir los <u>copagos dentro de la red</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 (en locales comerciales) \$87.50 (entrega a domicilio/Smart90®) de copago	\$35 (en locales comerciales) \$87.50 (entrega a domicilio/Smart90®) de <u>copago</u>	Igual que arriba	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 (en locales comerciales), \$150 (entrega a domicilio/Smart90®) de copago	\$60 (en locales comerciales), \$150 (entrega a domicilio/Smart90®) de <u>copago</u>	Igual que arriba	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Igual que arriba si los obtiene en una farmacia de medicamentos especializados de UT o Accredo	Igual que arriba si los obtiene en una farmacia de medicamentos especializados de UT o Accredo	Igual que arriba	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	10% de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>copago</u> por servicio, luego 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Cirugía bariátrica incluida, sujeta a un <u>deducible</u> de \$3,000 por persona. El asegurado debe estar inscrito, sin interrupciones, en el plan UT SELECT o UT CONNECT durante los 36 meses previos a la fecha de la cirugía.
	Honorarios del médico o cirujano	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Cargos del centro: \$500 de <u>copago</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Cargos del centro: \$500 de <u>copago</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Cargos del centro: \$500 de <u>copago</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Se elimina el <u>copago por servicios en salas de emergencias</u> en caso de admisión.

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red de UT Health (usted pagará menos)	Proveedor que forma parte de la red	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Transportación terrestre y aérea incluida.
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u>	\$200 <u>copago</u> por día luego 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Los asegurados pagarán <u>copagos</u> y <u>coseguros</u> más bajos cuando vean a un médico de UT participante en un centro de propiedad de UT participante, ahorrarán en los cargos médicos cuando se reciba tratamiento de un médico de UT participante en un centro que no sea propiedad de UT.
	Honorarios del médico o cirujano	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$20/\$40 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> un 10% de <u>coseguro</u> en otros servicios para pacientes no hospitalizados	\$30/\$50 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> un 20% de <u>coseguro</u> en otros servicios para pacientes no hospitalizados	40% de <u>coseguro</u>	El <u>especialista</u> tiene un <u>copago</u> más alto. Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener información. Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red de UT Health (usted pagará menos)	Proveedor que forma parte de la red	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	Servicios para pacientes internados	10% de <u>coseguro</u>	\$200 <u>copago</u> por día luego 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Los asegurados pagarán <u>copagos</u> y <u>coseguros</u> más bajos cuando vean a un médico de UT participante en un centro de propiedad de UT participante, ahorrarán en los cargos médicos cuando se reciba tratamiento de un médico de UT participante en un centro que no sea propiedad de UT.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20/\$40 de <u>copago</u> por consulta inicial; no se aplica el <u>deducible</u>	\$30/\$50 de <u>copago</u> por consulta inicial; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	El <u>especialista</u> tiene un <u>copago</u> más alto. Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	10% de <u>coseguro</u>	\$200 <u>copago</u> por día luego 20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Los asegurados pagarán <u>copagos</u> y <u>coseguros</u> más bajos cuando vean a un médico de UT participante en un centro de propiedad de UT participante, ahorrarán en los cargos médicos cuando se reciba tratamiento de un médico de UT participante en un centro que no sea propiedad de UT.
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitado a 120 consultas por año del <u>plan</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Limitado a 35 días por afección por año del <u>plan</u> si se facturan modalidades de fisioterapia o terapia ocupacional. Limitado a

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red de UT Health (usted pagará menos)	Proveedor que forma parte de la red	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	60 días por afección por año del <u>plan</u> para terapia del habla y terapia auditiva.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Límite de 180 días por año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para sillas de ruedas y determinado <u>equipo médico duradero</u> que supere los \$5,000.
	<u>Cuidados paliativos</u>	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	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"> Acupuntura Atención dental (adulto/niño, salvo cuando sea una <u>necesidad médica</u>) Atención médica a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía cosmética (salvo afecciones específicas) Cuidado de rutina de los ojos (adulto/niño) 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de rutina de los pies (salvo con diagnóstico de diabetes) Programas de pérdida de peso

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"> Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos (www.bluecardworldwide.com) Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> Audífonos (máximo de \$1,000 por período de 36 meses/oído para audífonos. Los niños menores de 18 años tienen un audífono por oído cada 36 meses sin máximo de dinero) Cirugía bariátrica (aplica <u>deducible</u> por separado; se recomienda determinación previa) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería de servicio privado (excepto la enfermería de servicio privado para pacientes internados) limitado a 90 visitas al año Tratamiento para la infertilidad (Beneficios de fertilidad a través de Progyny. Comuníquese con Patient Care Advocates al 1-844-535-0711)

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

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre cobertura médica grupal, comuníquese con el [plan](#), Blue Cross and Blue Shield of Texas, al 1-800-521-2227 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 obtener información sobre seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Sin cobertura para los planes eclesiásticos no tienen cobertura bajo 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 organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 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 de gastos médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros de gastos médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 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 para obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan con los estándares 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 1-866-882-2034.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-882-2034.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-882-2034.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-882-2034.

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 cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$600
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$40
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

Costo total en el ejemplo **\$12,700**

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u> *	\$600
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$1,000
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$1,960

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$600
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$40
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	10%
■ <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 en el ejemplo **\$5,600**

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u> *	\$800
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$40
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$1,660

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$600
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$40
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	10%
■ <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 en el ejemplo **\$2,800**

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$600
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$100
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,500

* 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 in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

<p>Español Spanish</p>	<p>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.</p>
<p>العربية Arabic</p>	<p>إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.</p>
<p>繁體中文 Chinese</p>	<p>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。</p>
<p>Français French</p>	<p>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.</p>
<p>Deutsch German</p>	<p>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.</p>
<p>ગુજરાતી Gujarati</p>	<p>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.</p>
<p>हिंदी Hindi</p>	<p>यादि 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।</p>
<p>Italiano Italian</p>	<p>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.</p>
<p>한국어 Korean</p>	<p>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.</p>
<p>Diné Navajo</p>	<p>T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodííłnih kwe'é 855-710-6984.</p>
<p>فارسی Persian</p>	<p>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.</p>
<p>Polski Polish</p>	<p>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.</p>
<p>Русский Russian</p>	<p>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.</p>
<p>Tagalog Tagalog</p>	<p>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.</p>
<p>اردو Urdu</p>	<p>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۔</p>
<p>Tiếng Việt Vietnamese</p>	<p>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.</p>