



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html> o llamando al 1-877-299-2377.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general ?	Dentro de la red \$1,500 Individual/ \$4,000 Familiar No se aplica a servicios que cobran un copago, cierto cuidado preventivo, y medicamentos recetados.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos ?	Sí. Por incidente: Por admisión de paciente internado dentro de la red \$200 . No hay otros deducibles específicos.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del deducible antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos propios ?	Sí. Dentro de la red \$3,500 Individual/ \$10,500 Familiar Incluye deducible.	El límite para los gastos propios es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (por lo general, 1 año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos propios ?	Primas, cargos facturados a saldo y atención de la salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabilizan para el límite de gastos propios .
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Visite www.bcbstx.com para obtener un listado de los proveedores participantes.	Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores .
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	Sí. Todas las visitas a especialistas requieren un referido por escrito del médico primario (PCP) a menos que sea para un obstetra/ginecólogo o para la atención de emergencia.	Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista , solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista .
¿Hay algún servicio que el plan no cubra ?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.

Preguntas: Llame al 1-877-299-2377 o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** dentro de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	\$10 de copago/visita	No cubierto	---ninguna---
	Consulta con un especialista	\$60 de copago/visita	No cubierto	
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$10 de copago/visita	No cubierto	La acupuntura no se cubre.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No cubierto	---ninguna---
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	No cubierto	---ninguna---
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$250 de copago/visita	No cubierto	No se aplica deducible ni coseguro. CT para evaluación de enfermedad cardíaca beneficio máximo de 1 prueba EDT cada 5 años.

Preguntas: Llame al 1-877-299-2377 o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.



Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.bcbstx.com/member/rx_drugs.html .	Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargo	No cubierto	Un copago por suministro de 30 días, suministro de hasta 90 días. Se aplica formulario Generics Plus. Algunos servicios preventivos para mujeres están cubiertos sin costo para el miembro.
	Medicamentos genéricos no preferidos	Copago por medicamento recetado de \$10 para farmacia/ \$20 para envío por correo	No cubierto	
	Medicamentos de marca preferidos	Copago por medicamento recetado de \$35 para farmacia/ \$70 para envío por correo	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago por medicamento recetado de \$75 para farmacia/ \$150 para envío por correo	No cubierto	
	Medicamentos especializados	\$150 de copago por medicamento	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro más \$150 de copago/visita	No cubierto	---ninguna---
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	No cubierto	
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	20% de coseguro luego de \$400 de copago/visita	20% de coseguro luego de \$400 de copago/visita	Se elimina el copago si es admitido. Si es admitido, se aplicará el deducible por servicios hospitalarios para pacientes internados.
	Traslado médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	---ninguna---
	Cuidado urgente	20% de coseguro	No cubierto	Puede aplicarse un copago.

Preguntas: Llame al 1-877-299-2377 o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.



Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	20% de coseguro	No cubierto	Paciente internado dentro de la red \$200 por deducible por incidente.
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	No cubierto	---ninguna---
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$10 de copago/visita o 20% de coseguro para otros servicios ambulatorios	No cubierto	Copago de cirugía ambulatoria dentro de la red de \$150, solo en centro.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro	No cubierto	Paciente internado dentro de la red \$200 por deducible por incidente.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$10 de copago/visita o 20% de coseguro para otros servicios ambulatorios	No cubierto	Copago de cirugía ambulatoria dentro de la red de \$150, solo en centro.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% de coseguro	No cubierto	Paciente internado dentro de la red \$200 por deducible por incidente.
Si queda embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$10 de copago/visita inicial	No cubierto	El copago se aplica para la primera visita prenatal (por embarazo).
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	No cubierto	Paciente internado dentro de la red \$200 por deducible por incidente.
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Cuidado de la salud en el hogar	20% de coseguro	No cubierto	Limitado a 60 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	No cubierto	Limitado a 35 visitas combinadas por año, incluida quiropráctica.
	Servicios de recuperación de las habilidades	20% de coseguro	No cubierto	Limitado a 25 días por año.
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro	No cubierto	Limitado a 25 días por año.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	No cubierto	---ninguna---
	Cuidado de hospicio	20% de coseguro	No cubierto	---ninguna---

Preguntas: Llame al 1-877-299-2377 o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.



Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	No cubierto	Limitado a una visita por año calendario.
	Anteojos	Sin cargo	No cubierto	Marcos limitados a un par por año calendario.
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	---ninguna---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Atención dental (Adulto)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privado (Cubierto solamente para gastos de atención prolongada)

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios).

- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica
- Audífonos (Limitado a 2 cada 3 años)
- Cirugía cosmética (Cubierto solamente para la corrección de deformidades congénitas o para condiciones ocasionadas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores y enfermedades. Cuando es médicamente necesario.)
- Cuidado de rutina de los ojos (Adulto)
- Cuidado de rutina de los pies (Cubierto solamente en relación con diabetes, desórdenes circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia venosa o arterial crónica.)
- Mayor parte de la cobertura fuera de los Estados Unidos. Visite www.bcbstx.com
- Tratamiento de infertilidad (Diagnóstico cubierto pero no cubre tratamiento in vitro)

Preguntas: Llame al 1-877-299-2377 o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.

Su derecho para continuar con la cobertura:

En el caso de que pierda la cobertura que le brinda este plan, según las circunstancias, las leyes federales y estatales amparan su cobertura médica. Estos derechos pueden tener limitaciones temporales y es probable que deba pagar una **prima** sustancialmente más alta que la **prima** que paga durante la cobertura que le brinda el plan. Su derecho a continuar con la cobertura puede estar sujeto a otras limitaciones.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, llame al 1-877-299-2377. Puede ponerse en contacto con el departamento de seguros de su estado, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en el 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja y una apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con la negación de cobertura para reclamaciones con su plan, puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, esta notificación o desea recibir asistencia, puede comunicarse con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-877-299-2377 o visite www.bcbstx.com, o comuníquese con Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Esta cobertura brinda la cobertura mínima esencial?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple con los estándares mínimos de valor?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-299-2377.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-299-2377.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-299-2377.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-299-2377.

—————*Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*—————

Preguntas: Llame al **1-877-299-2377** o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$4,420
- El paciente paga: \$3,120

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos recetados	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$1,700
Copagos	\$190
Coseguro	\$1,080
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$3,120

Control de diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina para la enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,230
- El paciente paga: \$2,170

Ejemplo de los costos:

Medicamentos recetados	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$1,500
Copagos	\$380
Coseguro	\$210
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$2,170

Preguntas: Llame al 1-877-299-2377 o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.



Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una enfermedad excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos propios están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta enfermedad tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su enfermedad. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “el paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos propios, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos propios.

Preguntas: Llame al 1-877-299-2377 o visite <http://www.bcbstx.com/coverage/index.html>.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.