



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 espanol.bcbstx.com/member/policy-forms/ o llamando al 1-800-521-2227.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red \$3,000 Individual/ \$9,000 Familiar. Fuera de la red \$6,000 Individual/ \$18,000 Familiar. No se aplica a cuidado preventivo dentro de la red, las visitas a consultorios dentro de la red ni a los medicamentos recetados. Los costos de los copagos y de los medicamentos recetados no cuentan para el deducible total.	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 3 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 3 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un <u>límite</u> para los <u>gastos propios</u> ?	Sí. Dentro de la red \$5,600 Individual/ \$10,200 Familiar. Fuera de la red \$16,000 Individual/ \$48,000 Familiar. Límite de gastos de bolsillo por medicamentos recetados: \$1,000 Individual/ \$3,000 Familiar.	El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las <u>expensas</u> que no cuentan para el <u>límite de gastos propios</u> ?	Primas, cargos facturados a saldo y atención de la salud que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo .
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para obtener un listado de los proveedores dentro de la red, consulte www.bcbstx.com o llame al 1-800-810-2583.	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 3 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores .

Preguntas: Llame al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com/coverage

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.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesito un referido para ver un <u>especialista</u> ?	No. No.	Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Si.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 6. Para averiguar cuáles son los <u>servicios excluidos</u> , vea los documentos del plan o póliza.



- **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** 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 Participante	Su costo si usa un Proveedor fuera de la red Participante	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio de un proveedor de salud o una clínica	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	\$45 de copago/visita	30% de coseguro	---ninguna---
	Consulta con un especialista	\$45 de copago/visita	30% de coseguro	
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$45 de copago/visita	30% de coseguro	
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	30% de coseguro	No hay cargos por vacunas fuera de la red desde el nacimiento hasta el día del sexto cumpleaños.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	30% de coseguro	---ninguna---
	Imágenes (CT/PET scans, MRIs)	30% de coseguro	50% de coseguro	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un Proveedor dentro de la red Participante	Su costo si usa un Proveedor fuera de la red Participante	Limitaciones y excepciones
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados está disponible en espanol.bcbstx.com/member/rx_drugs.html	Medicamentos genéricos	\$20 de copago por medicamento	20% de coseguro más copago	Los montos de copago se basan en un suministro de 30 días para farmacia y 90 días para envío por correo. Límite de gastos propios por medicamentos recetados: \$1,000 Individual / \$3,000 Familiar.
	Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago por medicamento	20% de coseguro más copago	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 de copago por medicamento	20% de coseguro más copago	
	Medicamentos especializados	\$20/\$40/\$60 de copago por medicamento	20% de coseguro más copago	Los montos de copago se basan en un suministro de 30 días para farmacia, no para envío por correo. Límite de gastos propios por medicamentos recetados: \$1,000 Individual / \$3,000 Familiar.
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	50% de coseguro	---ninguna---
	Tarifa del médico/cirujanos	30% de coseguro	50% de coseguro	
Si requiere atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	30% de coseguro luego de \$100 de copago por visita	30% de coseguro luego de \$100 de copago por visita	Se elimina el copago si es admitido.
	Traslado médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	---ninguna---
	Cuidado urgente	\$70 de copago/visita	30% de coseguro	
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital(p. ej. habitación)	30% de coseguro	50% de coseguro	Se requiere autorización previa fuera de la red. No solicitar autorización previa con al menos dos días hábiles de antelación a la admisión dará lugar a una reducción de \$250 en los beneficios.
	Tarifa del médico/cirujano	30% de coseguro	50% de coseguro	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un Proveedor dentro de la red Participante	Su costo si usa un Proveedor fuera de la red Participante	Limitaciones y excepciones
Si tiene necesidades de atención de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$45 de copago/visita o 30% de coseguro por otros servicios para pacientes ambulatorios	50% de coseguro	Pacientes ambulatorios: Se requiere autorización previa para pruebas psicológicas, pruebas neuropsicológicas, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial repetitiva y tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios. No solicitar autorización previa con al menos dos días hábiles de antelación al servicio dará lugar a una reducción del 50 % en los beneficios (hasta \$500 como máximo). Paciente internado: Se requiere autorización previa fuera de la red. No solicitar autorización previa con al menos dos días hábiles de antelación a la admisión dará lugar a una reducción de \$250 en los beneficios.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$45 de copago/visita o 30% de coseguro por otros servicios para pacientes ambulatorios	50% de coseguro	
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	30% de coseguro	50% de coseguro	
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$45 de copago/visita	30% de coseguro	El copago se aplica para la primera visita prenatal (por embarazo).
	Parto y todos los servicios de internación	30% de coseguro	50% de coseguro	---Ninguna---

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa un Proveedor dentro de la red Participante	Su costo si usa un Proveedor fuera de la red Participante	Limitaciones y excepciones
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	30% de coseguro	Limitado a 60 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa. No solicitar autorización previa con al menos dos días hábiles de antelación al servicio dará lugar a una reducción del 50 % en los beneficios (hasta \$500 como máximo).
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	50% de coseguro	Limitado a 35 visitas combinadas por año, incluida quiropráctica.
	Servicios de recuperación de las habilidades	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo	30% de coseguro	Limitado a 25 días por año calendario. Se requiere autorización previa fuera de la red. No solicitar autorización previa con al menos dos días hábiles de antelación a la admisión dará lugar a una reducción de \$250 en los beneficios.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	50% de coseguro	---ninguna---
	Cuidado de hospicio	Sin cargo	30% de coseguro	Se requiere autorización previa fuera de la red. No solicitar autorización previa con al menos dos días hábiles de antelación a la admisión dará lugar a una reducción de \$250 en los beneficios.
Si su hijo necesita prestaciones dentales u oculares	Examen de la vista	No cubierto	No cubierto	---ninguna---
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	

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).

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| • Abortos | • Cirugía bariátrica | • Cuidado de rutina de los ojos (Adultos y niños) |
| • Acupuntura | • Cirugía cosmética | • Programas de pérdida de peso |
| • Atención dental (Adulto) | • Cuidado de largo plazo | • Servicio de enfermería privado |

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
- 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)
- Tratamiento de infertilidad (La fertilización in vitro y la inseminación artificial no están cubiertas salvo que se indique en los documentos de su plan.)

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 1-800-521-2227. 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 1-800-521-2227 o visite <http://espanol.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 1-800-521-2227.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-521-2227.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-521-2227.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-521-2227.

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

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:** \$3,020
- **El paciente paga:** \$4,520

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	\$3,000
Copagos	\$20
Coseguro	\$1,300
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$4,520

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

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga:** \$1,520
- **El paciente paga:** \$3,880

Ejemplos 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	\$3,000
Copagos	\$600
Coseguro	\$200
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$3,880

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 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com/coverage

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.

