



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 contribución³) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-252-8039 o visite www.healthselectoftexas.com. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos 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 1-800-252-8039 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red \$0 individual/\$0 familiar Fuera de la red ¹ \$500 individual/\$1,500 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 <u>otros miembros</u> de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios de prevención dentro de la red</u> y todos los otros servicios que <u>forman parte de la red</u> están incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> incluye 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 <u>plan</u> incluye determinados servicios de prevención sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede consultar una lista de los <u>servicios de prevención</u> incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$50 por gastos de <u>medicamentos con receta</u> por persona y \$5,000 por cirugía bariátrica para los empleados activos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios. Nota: Los \$50 de <u>deducible</u> para <u>medicamentos con receta</u> no se aplican a la insulina de la lista de <u>medicamentos</u> ni a ciertos suministros para diabéticos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red ² : \$8,500 individual/\$17,000 familiar (a partir del 1 de enero del 2027) Fuera de la red ¹ : Sin límite Límite del <u>coseguro</u> : \$2,000 <u>dentro de la red</u> /\$7,000 fuera de la red ¹ por persona	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar 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> ?	Contribuciones ³ , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> ⁴ , servicios que <u>este plan</u> no cubre y beneficios de cirugía bariátrica.	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.healthselectoftexas.com o llame al 1-800-252-8039 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> . —	Este <u>plan</u> utiliza 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</u> que no forma parte de la <u>red</u> ¹ y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>) ⁴ . Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>red</u> ¹ para la prestación de 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, no se requiere de <u>referidos</u> para ver a un <u>especialista</u> .	Puede consultar con el <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .

¹ Conforme a este plan, el término “que no forma parte de la red” se considera como “fuera de la red”.

² Los límites de gasto de bolsillo en este plan se restablecen cada año calendario. El límite de gasto de bolsillo dentro de la red que se aplica a este plan desde el 1/9/2026 hasta el 31/12/2026 es de \$8,300 individual y \$16,600 familiar.

³ Conforme a este plan, el pago de la cobertura de su seguro de gastos médicos se considera una contribución en lugar de una prima.

⁴ Es posible que los proveedores que no forman parte de la red¹ no facturen saldo adicional por servicios específicos. Consulte el Documento del Plan de Beneficios Principal (MBPD, en inglés) para conocer los detalles.



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** 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*
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$25 de <u>copago</u> por consulta	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> por consulta	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo	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> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre, etc.)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	\$100 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u>	\$100 de <u>copago</u> por consulta más un 40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

* Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselect.bcbstx.com/medical-benefits.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	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.healthselectrx.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 de <u>copago</u> (no de mantenimiento) (suministro para 30 días); \$10 de <u>copago</u> (mantenimiento) (suministro para 30 días); \$30 de <u>copago</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) (suministro para 90 días)	\$10 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (no de mantenimiento) (suministro para 30 días); \$10 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (mantenimiento) (suministro para 30 días); \$30 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) (suministro para 90 días)	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido o no preferido, usted pagará el <u>copago</u> para medicamentos genéricos más la diferencia de costos entre el medicamento de marca preferido o no preferido y el medicamento genérico. Nota: La insulina de la <u>lista de medicamentos para pacientes no hospitalizados</u> , independientemente del nivel, tiene un <u>copago</u> máximo de \$25 por un suministro para 30 días.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$35 de <u>copago</u> (no de mantenimiento) (suministro para 30 días); \$45 de <u>copago</u> (mantenimiento) (suministro para 30 días); \$105 de <u>copago</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) (suministro para 90 días)	\$35 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (no de mantenimiento) (suministro para 30 días); \$45 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (mantenimiento) (suministro para 30 días); \$105 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) (suministro para 90 días)	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$60 de <u>copago</u> (no de mantenimiento) (suministro para 30 días); \$75 de <u>copago</u> (mantenimiento) (suministro para 30 días); \$180 de <u>copago</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) (suministro para 90 días)	\$60 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (no de mantenimiento) (suministro para 30 días); \$75 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (mantenimiento) (suministro para 30 días); \$180 de <u>copago</u> más un 40% de <u>coseguro</u> (entrega a domicilio o suministro extendido) (suministro para 90 días)	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselect.bcbstx.com/medical-benefits.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Si se adquieren en una farmacia, los <u>medicamentos especializados</u> se incluyen como medicamentos de marca preferidos o no preferidos según se indica arriba. De lo contrario, se incluyen como beneficio médico.	Si se adquieren en una farmacia, los <u>medicamentos especializados</u> se incluyen como medicamentos de marca preferidos o no preferidos según se indica arriba. De lo contrario, se incluyen como beneficio médico.	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . Si no obtiene una <u>autorización previa</u> , sus gastos podrían aumentar. Nota: Si un medicamento genérico está disponible y usted elige comprar el medicamento de marca preferido o no preferido, usted pagará el <u>copago</u> para medicamentos genéricos más la diferencia de costos entre el medicamento de marca preferido o no preferido y el medicamento genérico.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	\$100 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u>	\$100 de <u>copago</u> por consulta más un 40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$150 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u>	\$150 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>deducible</u> fuera de la red ¹ . Se elimina el <u>copago de la sala de emergencias</u> si es admitido. Consulte el documento del <u>plan</u> para obtener información sobre los beneficios que no son de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>deducible</u> fuera de la red ¹ .
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta más un 20% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>deducible</u> fuera de la red ¹ . Consulte el documento del <u>plan</u> para obtener información sobre los beneficios que no son de emergencia.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$150 de <u>copago</u> por día por ingreso más 20% de <u>coseguro</u>	\$150 de <u>copago</u> por día por ingreso más 40% de <u>coseguro</u>	\$750 de <u>copago</u> máximo por ingreso. \$2,250 de <u>copago</u> máximo para pacientes internados por persona por año calendario.
	Honorarios del médico o cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

* Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselect.bcbstx.com/medical-benefits.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$25 de <u>copago</u> por visita al consultorio y 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios para pacientes no hospitalizados	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	\$150 de <u>copago</u> por día por ingreso más 20% de <u>coseguro</u>	\$150 de <u>copago</u> por día por ingreso más 40% de <u>coseguro</u>	\$750 de <u>copago</u> máximo por ingreso. \$2,250 de <u>copago</u> máximo para pacientes internados por persona por año calendario. Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25 de <u>copago</u> para un profesional de la salud primaria/\$40 de <u>copago</u> para un especialista por la visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo Sin cargo después de la consulta inicial para la atención en maternidad de rutina	40% de <u>coseguro</u>	Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> para la atención en maternidad que no es de rutina. La atención en maternidad que no es de rutina incluye, por ejemplo, ecografías, amniocentesis, exámenes especiales de detección de trastornos genéticos, etc. Los beneficios para tratar cualquier complicación relacionada con el embarazo se pagarán al mismo nivel que los beneficios para cualquier otra afección, enfermedad o lesión.
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	Sin cargo	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	\$150 de <u>copago</u> por día por ingreso más 20% de <u>coseguro</u>	\$150 de <u>copago</u> por día por ingreso más 40% de <u>coseguro</u>	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Máximo de 100 consultas fuera de la red ¹ por año calendario por persona. La terapia de infusión en el hogar fuera de la red ¹ no está incluida.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

* Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselect.bcbstx.com/medical-benefits.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	El límite es de un reemplazo o reparación por persona cada 3 años a no ser que haya un cambio en la condición o en el estado físico.
	<u>Cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	\$40 de <u>copago</u> por consulta	40% de <u>coseguro</u>	El límite es un examen de rutina por año calendario por persona. No se requiere un <u>referido</u> para exámenes oftalmológicos. Un <u>examen de detección de agudeza visual</u> como <u>atención médica preventiva</u> incluido sin <u>copago</u> con un <u>proveedor que forma parte de la red</u> .
	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 incluye (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Anteojos y lentes de contacto • Artículos para la comodidad personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental • Atención médica a largo plazo • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies • Servicios educativos, sin incluir los Programas de Capacitación para el Manejo Personal de la Diabetes • Tratamiento para la infertilidad

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 quiropráctica • Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos • Audífonos (límite de \$1,000 por oído, por un período de 36 meses). Los menores de 18 años elegibles no están sujetos al máximo de \$1,000 por audífono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica para empleados activos • Cuidado de rutina de los ojos • Enfermería de servicio privado (límite de 96 horas por año para los proveedores que no forman parte de la red¹) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mamografías de diagnóstico <u>dentro de la red</u> incluidas en un 100% • Programas de pérdida de peso (límite de ciertos programas. Vea el Documento del <u>Plan</u> de Beneficios Principal para obtener los detalles sobre los programas incluidos)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte el documento de la póliza o el plan en www.healthselect.bcbstx.com/medical-benefits.

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 siguiente: Comuníquese con el [plan](#) de HealthSelect of Texas al 1-800-892-2803, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. 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: Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-252-8039, visitar www.healthselectoftexas.com, 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. 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.texashealthoptions.com.

[¿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 determinados 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 1-800-252-8039.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-252-8039.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-252-8039.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-252-8039.

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 incluiría 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 y parto en un hospital dentro de la red)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copagos del especialista</u>	\$40
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Copagos del hospital (centro)</u>	\$150
■ <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:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$10
Copagos	\$400
Coseguro	\$1,900
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$2,370

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 general del plan</u>	\$0
■ <u>Copagos del especialista</u>	\$40
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total en el ejemplo	\$5,600
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$50
Copagos	\$700
Coseguro	\$20
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$790

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copagos del especialista</u>	\$40
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Copagos del hospital (emergencias)</u>	\$150
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total en el ejemplo	\$2,800
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$10
Copagos	\$400
Coseguro	\$400
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$810

Aviso de no discriminación

La cobertura de atención médica es importante para todos

No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad (incluidos el conocimiento limitado del inglés [English] y el idioma materno), edad, discapacidad o sexo (según se entiende en la normativa aplicable). Proporcionamos a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas gratuitas para la comunicación que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También proporcionamos servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma materno no es el inglés (English).

Para recibir modificaciones razonables, ayudas para la comunicación o asistencia lingüística gratuitas, llámenos al 800-252-8039.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad:

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	CivilRightsCoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame al número de teléfono gratuito que aparece en el dorso de su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Usted puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

Centralized Case Management Operations	Teléfono:	800-368-1019
US Dept of Health & Human Services	TTY/TDD:	800-537-7697
200 Independence Avenue SW	Portal de quejas:	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Room 509F, HHH Building	Formularios de quejas:	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html
Washington, DC 20201		
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov		

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en healthselect.bcbstx.com/important-info/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 800-252-8039 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 800-252-8039 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng để tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 800-252-8039 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
中文 Chinese	注意：如果您说中，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 800-252-8039（文本电话：711）或咨询您的服务提供者。
한국어 Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 800-252-8039 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاًناً. اتصل على الرقم 800-252-8039 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (800-252-8039 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisiyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 800-252-8039 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 800-252-8039 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 800-252-8039 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
فارسی Persian	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 800-252-8039 (تلفن رایگان: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 800-252-8039 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિવલ સહાય અને અકસેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 800-252-8039 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 800-252-8039 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
日本語 Japanese	注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。800-252-8039 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。
ລາວ Laotian	ຄຳຂໍ້ມູນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງມື ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າຕິດໄດ້. ໂທຫາຕໍ່ 800-252-8039 (TTY: 711) ຫຼື ວິມັກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánilti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiiik'eh hóló. Kohjí' 800-252-8039 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.