



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 www.bcbstx.com o llame al 1-866-295-1212.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	Dentro de la red \$500 Individual/ \$1,500 Familiar. Fuera de la red \$1,000 Individual/ \$3,000 Familiar.	Debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible antes que este plan de seguro de salud comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Verifique su póliza o documento del plan para ver cuándo el deducible comienza nuevamente (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Vea el cuadro que comienza en la página 2 para ver cuánto paga por los servicios cubiertos luego de cumplir con el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, \$500 por ingreso hospitalario fuera de la red. \$50 de deducible por receta médica, dentro y fuera de la red. No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Hay un límite para los gastos propios ?	Sí. \$5,000 Individual/ \$10,000 Familiar dentro de la red. \$10,000 Individual/ \$20,000 Familiar fuera de la red.	El límite de gastos propios es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite ayuda a planificar sus gastos de atención médica.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos propios ?	Deducibles, copagos, primas, cargos facturados a saldo y atenciones de salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabilizan para el límite de gastos propios .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de lo que pagará el plan por los servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Consulte en www.bcbstx.com o llame al 1-800-810-BLUE (2583) para obtener un listado de los proveedores dentro de la red.	Si utiliza un médico u otro proveedor de atención médica que pertenece a la red, este plan pagará parte o la totalidad de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital de la red utilice proveedores que no pertenecen a la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red , preferido o participante para proveedores de su red . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver la forma en que este plan les paga a los distintos tipos de proveedores .
¿Necesito un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin pedir permiso al plan.
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 5. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos .

Preguntas: Llame al 1-866-295-1212 o visite www.bcbstx.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.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 le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran \$1,500 por pasar la noche internado y 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.

Evento Médico Común	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 visita el consultorio de un proveedor de salud o una clínica	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	\$30 de copago/visita antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
	Consulta con un especialista	\$45 de copago/visita antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Los servicios quiroprácticos están limitados a 30 visitas por año calendario, dentro y fuera de la red.
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$45 de copago/visita antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No cubierto	---ninguna---
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	50% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Solo ciertos procedimientos de diagnóstico. Consulte el documento de su póliza o plan para obtener una lista de los procedimientos.

Preguntas: Llame al 1-866-295-1212 o visite www.bcbstx.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.

Evento Médico Común	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
<p>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> está disponible en www.expressscripts.com.</p>	Medicamentos genéricos	Minorista: \$10 de copago por medicamento luego de \$50 de deducible Envío por correo: \$20 de copago por medicamento luego de \$50 de deducible	Costo total del medicamento al momento del servicio. El 75% de los cargos permisibles será reembolsado luego del copago aplicable	Minorista: un copago por suministro de 30 días. Envío por correo: dos copagos por suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	Minorista: \$35 de copago por medicamento luego de \$50 de deducible Envío por correo: \$70 de copago por medicamento luego de \$50 de deducible	Costo total del medicamento al momento del servicio. El 75% de los cargos permisibles será reembolsado luego del copago aplicable	Minorista: un copago por suministro de 30 días. Envío por correo: dos copagos por suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos de marca no preferidos	Minorista: \$60 de copago por medicamento luego de \$50 de deducible Envío por correo: \$120 de copago por medicamento luego de \$50 de deducible	Costo total del medicamento al momento del servicio. El 75% de los cargos permisibles será reembolsado luego del copago aplicable	Minorista: un copago por suministro de 30 días. Envío por correo: dos copagos por suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos especializados	Genéricos \$10 de copago Preferidos \$35 de copago No preferidos \$60 de copago luego de \$50 de deducible	Costo total del medicamento al momento del servicio. El 75% de los cargos permisibles será reembolsado luego del copago aplicable	El comienzo con el segundo abastecimiento de medicamentos especiales debe ser llenado a través de una Farmacia especializada: un copago por suministro de 30 días

Preguntas: Llame al 1-866-295-1212 o visite www.bcbstx.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en

<http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.

Evento Médico Común	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 requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
	Tarifa del médico/cirujano	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
Si requiere atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	25% de coseguro luego del deducible	25% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
	Traslado médico de emergencia	25% de coseguro luego del deducible	25% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
	Cuidado urgente	\$30/\$45 de copago/visita antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	El especialista tiene un copago más alto.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios. Multa de \$500 por no autorizar servicios previamente fuera de la red.
	Tarifa del médico/cirujano	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios. Multa de \$500 por no autorizar servicios previamente fuera de la red.
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 antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se deben autorizar previamente ciertos servicios. Consulte el documento del plan.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios. Multa de \$500 por no autorizar servicios previamente fuera de la red.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$45 de copago/visita antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se deben autorizar previamente ciertos servicios. Consulte el documento del plan.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios. Multa de \$500 por no autorizar servicios previamente fuera de la red.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$30/\$45 de copago/visita inicial antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	El especialista tiene un copago más alto. Sin cargos luego del copago inicial. Sólo para los servicios del médico.
	Parto y todos los servicios de internación	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios. Multa de \$500 por no autorizar servicios previamente fuera de la red.

Preguntas: Llame al 1-866-295-1212 o visite www.bcbstx.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf> o llame al 1-855-756-4448 y pida una copia.

Evento Médico Común	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 requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Cuidado de la salud en el hogar	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios. Limitado a 60 visitas por año del plan.
	Servicios de rehabilitación	\$45 de copago/visita antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$45 de copago/visita antes del deducible	50% de coseguro luego del deducible	
	Cuidado de enfermería especializado	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Limited to 60 days per plan year.
	Equipo médico duradero	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	---ninguna---
	Cuidado de hospicio	25% de coseguro luego del deducible	50% de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios. No hay máximos del plan.
Si su hijo necesita prestaciones dentales u oculares	Examen de la vista	\$45 de copago/visita antes del deducible	No cubierto	---ninguna---
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	---ninguna---
	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).

- Atención dental (adulto)
- Audífonos
- Cirugía cosmética
- Cuidado de largo plazo
- Cuidado de rutina de los pies (cubierto sólo con diagnóstico de diabetes)
- Tratamiento de infertilidad

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

- Acupuntura (pueden aplicar limitaciones)
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica
- Cirugía bariátrica (pueden aplicar limitaciones)
- Cuidado de rutina de los ojos (adulto)
- Servicio de enfermería privado

Preguntas: Llame al 1-866-295-1212 o visite www.bcbstx.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.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 la cobertura, llame al 1-866-295-1212. 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 al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso, o asistencia, puede comunicarse en www.texashealthoptions.com.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-295-1212.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-295-1212.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-295-1212.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-295-1212.

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

Preguntas: Llame al 1-866-295-1212 o visite www.bcbstx.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.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 de 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 \$5,310
- El paciente paga \$2,230

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	\$520
Copagos	\$0
Coseguros	\$1,560
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$2,230

Cuidado de diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina para buen control de una enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$3,900
- El paciente paga \$1,500

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

Deducibles	\$550
Copagos	\$610
Coseguros	\$260
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$1,500

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.