



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 la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-521-2227 o visite [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.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 ver el glosario en [www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316\\_508.pdf](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf) o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas   | Por qué es importante:   |
|--|--|--|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?  | <u>Dentro de la red</u> : \$3,500 Individual/\$7,000 Familiar<br><u>Fuera de la red</u> : \$6,900 Individual/\$13,800 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 <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general familiar antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.   |
| ¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?            | Sí. La <u>atención médica preventiva dentro de la red</u> tiene cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> .   | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios de prevención</u> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .  |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                           | Sí. Por incidente: \$500 por admisión de paciente internado <u>fuera de la red</u> . 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 <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.   |
| ¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?             | <u>Dentro de la red</u> : \$7,050 Individual/\$14,100 Familiar<br><u>Fuera de la red</u> : Ilimitado Individual/Ilimitado Familiar   | 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 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 gastos que no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ? | <u>Primas de la póliza</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .  |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?               | Sí. Consulte en <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a> o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .           | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>profesional de la salud</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>profesional de la salud</u> que no forma parte de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>profesional de la salud</u> por la diferencia entre el cargo del <u>profesional de la salud</u> y lo que paga el <u>plan</u> ( <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 que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?                   | No.  | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .  |



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

| 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 de un proveedor de atención médica o una clínica   | Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión  | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% 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>  | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Ninguna.  |
|   | <u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>  | Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>              | Sin cobertura   | 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> (radiografías, análisis de sangre)   | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Ninguna.  |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Ninguna.  |
| Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección<br>Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a> | Medicamentos genéricos   | 30% de <u>coseguro</u>                                   | Sin cobertura   | Puede que se requiera <u>autorización previa</u> y pueden aplicarse terapia escalonada, exclusiones y cantidades límite.<br><u>Lista de medicamentos aplicable</u> : Lista de Medicamentos Recetados.   |
|   | Medicamentos de marca preferidos   | 30% de <u>coseguro</u>                                   | Sin cobertura   | La venta en locales comerciales cubre un suministro de 30 días. Con la receta médica adecuada, está disponible un suministro de hasta 90 días. La entrega a domicilio cubre un suministro de 90 días.   |
|   | Medicamentos de marca no preferidos  | 30% de <u>coseguro</u>                                   | Sin cobertura   | Puede requerirse el pago de la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico, si un medicamento genérico está disponible.  |
|   | <u>Medicamentos especializados</u>   | 30% de <u>coseguro</u>                                   | Sin cobertura   | Los <u>medicamentos especializados</u> se deben obtener de un <u>proveedor de farmacia de medicamentos especializados que forma parte de la red</u> . Medicamentos especializados limitados a un suministro de 30 días. No se cubre la entrega a domicilio. |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com).

| 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 requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados  | Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados) | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | Ninguna.  |
|   | Honorarios del médico/cirujano   | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | Ninguna.  |
| Si requiere atención médica inmediata   | <u>Atención de la sala de emergencias</u>  | \$150 de <u>copago</u> por consulta más 30% de <u>coseguro</u> | \$150 de <u>copago</u> por consulta más 30% de <u>coseguro</u> | Se elimina el <u>copago</u> por servicios en <u>salas de emergencias</u> si es admitido.  |
|   | <u>Transporte médico de emergencia</u>   | 30% de <u>coseguro</u>   | 30% de <u>coseguro</u>   | Transportación terrestre y aérea cubierta.  |
|   | <u>Atención médica inmediata</u>   | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | Ninguna.  |
| Si tiene una estadía en un hospital   | Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)                             | 30% de <u>coseguro</u>   | \$500 de <u>copago</u> por consulta más 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$300 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .  |
|   | Honorarios del médico/cirujano   | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% 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                                       | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | 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> .  |
|   | Servicios para pacientes internados  | 30% de <u>coseguro</u>   | \$500 de <u>copago</u> por consulta más 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$300 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .  |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio   | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   | Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido). |
|   | Servicios profesionales de parto/nacimiento                                      | 30% de <u>coseguro</u>   | 50% de <u>coseguro</u>   |   |
|   | Servicios de parto/nacimiento en el centro                                       | 30% de <u>coseguro</u>   | \$500 de <u>copago</u> por consulta más 50% de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> ; multa de \$300 por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .  |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com).

| 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) |   |
| <b>Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>          | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Limitada a 120 consultas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> .   |
|   | <u>Servicios de rehabilitación</u>          | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Limitado a 60 consultas combinadas por año calendario para todas las terapias. Incluye terapia ocupacional, física, del habla y manipulativa. |
|   | <u>Servicios de habilitación</u>            | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    |   |
|   | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Limitada a 60 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> .   |
|   | <u>Equipo médico duradero</u>               | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Ninguna.  |
|   | <u>Cuidados paliativos</u>                  | 30% de <u>coseguro</u>                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                    | Se requiere <u>autorización previa</u> .  |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos</b>                            | Examen de la vista para niños               | Sin cobertura  | Sin cobertura   | Ninguna.  |
|   | 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 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"> <li>Atención dental (adulto)</li> <li>Atención médica a largo plazo</li> <li>Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos</li> <li>Cuidado de rutina de los ojos (adultos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de rutina de los pies</li> <li>Programas de pérdida de peso</li> </ul> |

| 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"> <li>Acupuntura en lugar de anestesia</li> <li>Atención quiropráctica (limitada a 20 consultas por año calendario)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía bariátrica (limitada a una cobertura máxima de por vida de \$10,000)</li> <li>Cirugía cosmética (limitada a afecciones médicas específicas)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería de servicio privado (limitado a 70 consultas por año calendario)</li> <li>Tratamiento para la infertilidad (cobertura limitada al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente)</li> </ul> |

\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en [www.bcbstx.com](http://www.bcbstx.com).

**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, con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite [www.bcbstx.com](http://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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para planes de salud 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](http://www.cciio.cms.gov). Los planes eclesiásticos no están cubiertos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Omnibus 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](http://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](http://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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y con el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o visitar [www.tdi.texas.gov](http://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](http://www.bcbstx.com), o comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o visite [www.tdi.texas.gov](http://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](http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html).

#### **¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible 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 crédito fiscal para las primas.

#### **¿Cumple este plan el estándar 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:**

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-521-2227.

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

Chino (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 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 precio 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 según los diferentes planes de salud. 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>     | \$3,500 |
| ■ <u>Coseguro del especialista</u>      | 30%     |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 30%     |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 30%     |

#### Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

#### En este ejemplo, Peg debe pagar:

| <u>Gastos compartidos</u>               |                |
|---|----------------|
| <u>Deducibles</u>                       | \$3,500        |
| <u>Copagos</u>                          | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                         | \$2,700        |
| <i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                   | \$60           |
| <b>El total que debe pagar Peg es</b>   | <b>\$6,260</b> |

### Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

|   |         |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$3,500 |
| ■ <u>Coseguro del especialista</u>      | 30%     |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 30%     |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 30%     |

#### 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*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Joe debe pagar:

| <u>Gastos compartidos</u>               |                |
|---|----------------|
| <u>Deducibles</u>                       | \$3,500        |
| <u>Copagos</u>                          | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                         | \$600          |
| <i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                   | \$20           |
| <b>El total que debe pagar Joe es</b>   | <b>\$4,120</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|   |         |
|---|---------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u>     | \$3,500 |
| ■ <u>Coseguro del especialista</u>      | 30%     |
| ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> | 30%     |
| ■ <u>Otro coseguro</u>                  | 30%     |

#### 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*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia debe pagar:

| <u>Gastos compartidos</u>               |                |
|---|----------------|
| <u>Deducibles</u>                       | \$2,800        |
| <u>Copagos</u>                          | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                         | \$0            |
| <i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i> |                |
| Límites o exclusiones                   | \$0            |
| <b>El total que debe pagar Mia es</b>   | <b>\$2,800</b> |



**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 cree 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 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, 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>



Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tienen el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Español<br>Spanish       | 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.                                |
| العربية<br>Arabic        | إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.   |
| 繁體中文<br>Chinese          | 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。   |
| Français<br>French       | 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.            |
| Deutsch<br>German        | 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.    |
| ગુજરાતી<br>Gujarati      | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય અથવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને અસહાયતા અથવા કાચકમ 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. |
| हिंदी<br>Hindi           | यदि आपके, या आप जिसको 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।                                 |
| Italiano<br>Italian      | 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.                          |
| 한국어<br>Korean            | 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.   |
| Diné<br>Navajo           | T'áá ni, éí doodago ła'da bika anánłwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł dóó bina'ídiłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodííłnih kwe'é 855-710-6984.                   |
| فارسی<br>Persian         | 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.                    |
| Polski<br>Polish         | 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.                      |
| Русский<br>Russian       | 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.       |
| Tagalog<br>Tagalog       | 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.   |
| اردو<br>Urdu             | 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۔                                   |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | 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.                              |