



**Éste 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 o llamando al 1-866-675-4577.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	\$200 anuales. No es válido para medicamentos recetados o cuidado preventivo.	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del <b>deducible</b> , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el <b>deducible</b> (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí. \$50 para medicamentos recetados de marca conocida (no genérico). \$100 para cobertura dental.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del <b>deducible</b> antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los <b>gastos de mi bolsillo</b> ?	Sí. <b>Participante</b> los <b>proveedores</b> \$10,000.	El límite para los <b>gastos del bolsillo</b> 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 los gastos que no cuentan para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> ?	Medicamentos recetados, primas, cargos por saldo de facturación, atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> .
¿Hay un <b>límite anual</b> general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro en la página 2 describe los límites de cobertura <i>específicos</i> , así como un número límites de visitas médicas.
¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para obtener la lista de <b>proveedores preferidos</b> , consulte <a href="http://www.BCBSIL.com">www.BCBSIL.com</a> o llame Blue Cross Blue Shield of Illinois al 1-800-810-2583.	Si usted se atiende con médicos y <b>proveedores</b> de la red, el plan pagará algunos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podrían usar algún <b>proveedor</b> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como <b>perteneciente a la red</b> , <b>preferido</b> o <b>participante</b> para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos <b>proveedores</b> .
¿Necesito un referido para ver un <b>especialista</b> ?	No.	Usted puede consultar a cualquier <b>especialista</b> y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los <b>servicios excluidos</b> , vea los documentos del plan o póliza.

**Preguntas:** Llame al 1-866-675-4577. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov.ebsa](http://www.dol.gov.ebsa) o llame al 1-866-675-4577 y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente en 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** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<b>Si usted visita una clínica o consultorio del proveedor médico</b>	Consulta con su médico principal para tratar una condición o lesión	Un 25% de los primeros \$10,000 del total de los gastos reembolsables y un 20% después de los \$10,000.	Un 45% de los primeros \$10,000 del total de los gastos reembolsables y un 30% después de los \$10,000.	Ñoñe.
	Consulta con un especialista	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.
	Consulta con otro proveedor de la salud	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	30 visitas máximos anuales.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Beneficios de Bienestar Específicos cubre un 100%.	Beneficios de Bienestar Específicos cubre un 100%.	Vea el horario de Beneficios de Bienestar cubiertos en su plan.
<b>Si tiene que hacerse un examen médico</b>	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Lo mismo que el cuidado primario.	Lo mismo que el cuidado primario.	Ñoñe.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI-resonance)	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<p><b>Si necesita un medicamento o tratamiento para su enfermedad</b></p> <p>Para más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos</u></b> visite 1-866-675-4577.</p>	Medicamentos genéricos	Más del 30% de descuento del costo, o \$5.00 diarios por 30 días de suplemento en su tienda.	Más del 30% de descuento del costo, o \$10.00 diarios por 30 días de suplemento por correo.	Noñe.
	Medicamentos de marca preferidos	Más del 30% de descuento del costo, o \$5.00 diarios por 30 días de suplemento en su tienda.	Más del 30% de descuento del costo, o \$10.00 diarios por 30 días de suplemento por correo.	Noñe.
	Medicamentos de marca no preferidos	Lo mismo de marca preferidos.	Lo mismo de marca preferidos.	Lo mismo de marca preferidos.
	Medicamentos especiales	Lo mismo de marca preferidos.	Lo mismo de marca preferidos.	Lo mismo de marca preferidos.
<p><b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b></p>	Arancel del centro (clínica, ambulatorio)	Un 25% de los primeros \$10,000 del total de los gastos reembolsables y un 20% después de los \$10,000.	Un 45% de los primeros \$10,000 del total de los gastos reembolsables y un 30% después de los \$10,000.	Noñe.
	Tarifa del médico/cirujano	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Noñe.

<b>Eventos médicos comunes</b>	<b>Los servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos si usted usa proveedores participantes</b>	<b>Sus costos si usted usa proveedores no participantes</b>	<b>Limitaciones y excepciones</b>
<b>Si necesita atención inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.
	Traslado médico de emergencia	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.
	Cuidado urgente	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.
<b>Si tiene estancia en el hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Habitación semi-privada normal.
	Tarifa del médico/cirujano	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	30 visitas máximos anuales.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	No está cubierto.	No está cubierto.	No aplicable.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	No está cubierto.	No está cubierto.	No aplicable.
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y post parto	Lo mismo que el cuidado primario.	Lo mismo que el cuidado primario.	Ñoñe.
	Parto y todos los servicios de internación	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Ñoñe.
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	No está cubierto.	No está cubierto.	No aplicable.
	Servicios de rehabilitación	Lo mismo que el cuidado primario.	Lo mismo que el cuidado primario.	Cobertura physical terapia olí. Paga el total anual limitado dado en la página 1.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Lo mismo de arriba.	Lo mismo de arriba.	Lo mismo de arriba.
	Cuidado de enfermería especializado	Lo mismo de arriba.	Lo mismo de arriba.	Ñoñe.
	Equipo médico duradero	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.
	Cuidado de hospicio	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	\$25,000 máximo.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Un examen máximo por año para niños menores de 19 años. (incluyendo un par de anteojos o lentes)
	Anteojos	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.	Lo mismo que arriba.
	Consulta dental	Después de los \$100, un 40% deducible	Después de los \$100, un 40% deducible	Examen cada 6 meses máximo para niños menores de 19 años.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)**

- Acupuntura
- Cirugía Bariátrica
- Cirugía cosmética
- Audífono
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Cubertura hecha fuera de Estados Unidos
- No seguro médico cuando viaja fuera de Estados Unidos
- Cuidar de los pies rutinario
- Programas para adelgazar

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

- Cuidado quiropráctico (30 visitas máximas anuales)
- Cuidado dental (Adultos) (\$1,600 máximos por año y por persona/ \$2,000 máximos para la ortodoncia de por vida)
- Enfermera privada
- Cuidado ocular rutinario (Adultos) (\$200 máximos anuales)

## Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde su cobertura bajo el plan, entonces dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales le pueden proveer protección que le permita a usted mantener su salud cubierta. Cualquiera de estos derechos puede estar limitado en duración y requerirá que usted pague un seguro, que puede ser bastante más alto que el seguro que usted paga mientras está cubierto bajo el plan. Otras limitaciones en sus derechos para continuar con la cobertura pueden ser también aplicados.

Para mayor información sobre sus derechos de continuar la cobertura, contacte con el plan al número 1-866-675-4577. Usted puede contactar también con su departamento de seguro estatal, U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al número 1-866-4444-3272 o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o al U.S. Department of Health and Human Services al 1-877-267-2323 x61565 o visite [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## ¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

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.**

## ¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

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.**

## Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si usted tiene una queja o está insatisfecho con una negación de cobertura que reclama bajo su plan, contacte con el plan al número 1-866-675-4577. Usted puede también contactar con Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration al número 1-866-4444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

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

## Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo puede el plan cubrir los servicios médicos en situaciones distintas. Use estos ejemplos para ver en general cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo si está cubierto bajo diferentes planes.



### Ésta 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: \$5,420
- Usted paga: \$2,120

### Ejemplos de los costos:

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

### El paciente paga:

Deducibles	\$200
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,760
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$2,120</b>

## Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,360
- Usted paga: \$1,040

### Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

### El paciente paga:

Deducibles	\$200
Copagos	\$200
Coseguro	\$560
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$1,040</b>

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿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 Estados Unidos y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La condición del paciente no es una condición 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 del bolsillo 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 condición tal vez sea distinto, según 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 condición. 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 “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo sea 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 de su bolsillo, 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 del bolsillo.