



Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos completos de la póliza llamando al 1-800-422-6207.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: \$750 por persona; \$2,250 por familia. Fuera de la red: \$1,500 por persona; \$4,500 por familia. El deducible anual no se aplica a los medicamentos recetados o a los beneficios de bienestar.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del <u>deducible</u> , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza o los documentos del plan para ver cuándo tiene que pagar nuevamente el <u>deducible</u> (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$100 por cada visita a la sala de emergencias. Servicios odontológicos: \$100 por persona	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del <u>deducible</u> antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un <u>límite para los gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. Dentro de la red: \$7,150 por persona, \$14,300 por familia. No hay límite para los gastos fuera de la red.	El <u>límite de gastos del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (generalmente un año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Los copagos, las primas, los cargos por saldo de facturación y la atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Llame a BCBS of Illinois al 1-800-810-2583 para obtener una lista de proveedores participantes o visite www.BCBSIL.com .	Si usted se atiende con médicos y <u>proveedores</u> de atención médica de la red, el plan pagará algunos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría usar algún <u>proveedor</u> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, <u>preferido</u> o participante para referirse a los <u>proveedores</u> de la <u>red</u> del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo les paga este plan a sus distintos <u>proveedores</u> .
¿Necesito un <u>referido para ver a un especialista</u> ?	No. No necesita un referido para ver a un especialista.	Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita un permiso del plan.

¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 7. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.
---	-----	--

Preguntas: Llame al 1-800-422-6207. Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa o llame al 1-800-422-6207 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, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 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** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
Si se atiende en la clínica o consultorio del <u>proveedor médico</u>	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$45 de copago por visita al consultorio.	50% de coseguro después del deducible.	Los copagos y el coseguro no se aplican al deducible.
	Consulta con un especialista			
	Consulta con otro proveedor de la salud	\$45 de copago por visita al consultorio.	50% de coseguro después del deducible.	Máximo de 20 visitas anuales para fisioterapia y cuidados quiroprácticos combinados. Los copagos y el coseguro no se aplican al deducible.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo.	50% de coseguro.	Pueden aplicarse algunas restricciones. Examen físico de rutina: una vez cada dos años (hasta los 40 años); una vez por año (a partir de los 40 años de edad). Examen ginecológico anual; pruebas de Papanicolau anuales; mamografías anuales a partir de los 40 años de edad). Examen prostático y colonoscopia cada 5 años (a partir de los 50 años de edad). Vacunas anuales para adultos (excepto aquellas exclusivas para viajes sin cobertura); cinco visitas de atención de niño sano para un recién nacido; vacunas recomendadas para niños hasta los 19 años. No se aplica al deducible.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	25% de cargos elegibles (después del deducible) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después del deducible) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	Los gastos no están cubiertos si superan los montos razonables y acostumbrados.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)			
Si necesita un medicamento Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en Express Scripts: (800) 335-5940 www.express-scripts.com	Medicamentos genéricos	\$15 de copago por suministro de 30 días por venta minorista. \$30 de copago por suministro de 90 días por pedido por correo.	50% después de \$15 de copago por suministro de 30 días por venta minorista. 50% después de \$30 de copago por suministro de 90 días por pedido por correo.	No se aplica al deducible o al máximo de gastos del bolsillo. Solo se cubren los medicamentos genéricos, a menos que no haya un medicamento genérico disponible en el mercado. En esos casos, se aplicarán los copagos para los medicamentos de marca y el fondo pagará por el medicamento.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
	Medicamentos de marca preferidos	\$40 de copago por suministro de 30 días por venta minorista. \$80 de copago por suministro de 90 días por pedido por correo.	50% después de \$40 de copago por suministro de 30 días por venta minorista. 50% después de \$80 de copago por suministro de 90 días por pedido por correo.	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$70 de copago por suministro de 30 días por venta minorista. \$140 de copago por suministro de 90 días por pedido por correo.	50% después de \$70 de copago por suministro de 30 días por venta minorista. 50% después de \$140 de copago por suministro de 90 días por pedido por correo.	
	Medicamentos especiales	30% de cargos.	50% de cargos.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)			Los gastos no están cubiertos si exceden los montos razonables y acostumbrados.
	Tarifa del médico/cirujano	25% de cargos elegibles (después del deducible) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después del deducible) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	\$100 de deducible por visita además de cualquier otro deducible que debe pagar

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
Si necesita atención inmediata	Traslado médico de emergencia	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; sin costo a partir de entonces.	Transporte al centro correspondiente más cercano según sea médicamente necesario para la atención de emergencia o enfermedad grave. Se aplican restricciones para el transporte aéreo/marítimo.
	Atención de urgencia	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	Los gastos no están cubiertos si exceden los montos razonables y acostumbrados.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	Los beneficios se reducen a un 50% si no hay precertificación previa (el costo adicional no se aplica al deducible o a los gastos de su bolsillo). Cobertura de tarifa de habitación semiprivada. Admisiones que no son una emergencia de viernes, sábado o domingo sin cobertura (pueden aplicarse algunas exclusiones).
	Tarifa del médico/cirujano			
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	Los gastos no están cubiertos si superan los montos razonables y acostumbrados.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados			
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios			
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados			

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	Los gastos no están cubiertos si superan los montos razonables y acostumbrados.
	Parto y todos los servicios de internación			
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	Máximo anual combinado de 20 visitas de fisioterapia y cuidados quiroprácticos.
	Servicios de rehabilitación			
	Servicios de recuperación de las habilidades	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No aplicable.
	Cuidado de enfermería especializado	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	La admisión para paciente internado debe ser recomendada por un médico. Debe tener una estadía de al menos 3 días en hospital para enfermos agudos e ingresar dentro de los 15 días del alta del hospital. Pueden aplicarse otras restricciones.
	Equipo médico duradero	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	Una (1) instalación inicial del sistema CPAP, máximo de por vida. Los dispositivos protésicos u ortopédicos tienen cobertura: brazo, pierna u ojo; deben ser necesarios por motivos médicos; el costo no supera la opción disponible menos costosa; no deben ser destinados principalmente para el deporte o esparcimiento.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		proveedor de la red	proveedor fuera de la red	
	Cuidado de hospicio	25% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$28,600; sin costo a partir de entonces.	50% de cargos elegibles (después de los deducibles) hasta \$46,500; 20% de cargos elegibles a partir de entonces.	\$20,000 de máximo de por vida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No aplicable.
	Anteojos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	No aplicable.
	Consulta dental	Sin costo para servicios preventivos y de diagnóstico.	Sin costo para servicios preventivos y de diagnóstico.	1 examen cada 6 meses máximo para niños menores de 19 años; no se cubre la ortodoncia.

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 conocer otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (pueden aplicarse algunas excepciones)
- Cirugía cosmética (pueden aplicarse algunas excepciones)
- Los gastos que no se consideran necesarios por motivos médicos, incluso si así lo dispone el médico.
- Los gastos que superen cargos razonables o acostumbrados.
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención quiropráctica (se aplican limitaciones)
- Atención dental (adultos): máximo anual de \$1,000

Su derecho para continuar con la cobertura: Si usted pierde cobertura bajo el plan, entonces, según las circunstancias, las leyes estatales y federales pueden brindar la protección que le permita mantener la cobertura médica. Todos estos derechos pueden ser limitados en cuanto a su duración y requerirán que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la prima que paga mientras está cubierto por el plan. También pueden regir otras limitaciones en sus derechos para continuar su cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-422-6207. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, del Departamento de Trabajo de los EE. UU., al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323, ext. 61565, o en 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, comuníquese con el plan al 1-800-422-6207. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Contacto: Texas Consumer Health Assistance Program, Texas Department of Insurance, Mail Code 111-1A, 333 Guadalupe, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091. (800) 252-3439

<http://www.texashealthoptions.com> / ConsumerProtection@tdi.texas.gov

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima? La Ley de Atención Accesible requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura alcanza el estándar de valor mínimo? La Ley de Atención Accesible establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica alcanza el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-422-6207 o www.zenith-american.com.

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 cubriría este plan los servicios médicos en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$4,830
- Usted paga: \$2,710

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
Recetas	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

Usted paga:

Deducibles	\$7,500
Copagos	\$290
Coseguro	\$1,520
Límites o exclusiones	\$150
Total	\$2,710

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$3,280
- Usted paga: \$2,120

Ejemplos de los costos:

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

Usted paga:

Deducibles	\$750
Copagos	\$1,030
Coseguro	\$260
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$2,120

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 EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección 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?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura ayuda a ver 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 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 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 médico.

¿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 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.

Preguntas: Llame al 1-800-422-6207. Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa o llame al 1-800-422-6207 y pida una copia.