



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 1-800-730-8445 o visite <https://policy-srv.box.com/s/z904556ck7c0ggqoyv9lbvmtmbqsmqv7>.

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 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?	Dentro de la red: \$600 Individual/\$1,200 Familiar Fuera de la red: \$1,200 Individual/\$2,400 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 otros miembros de la familia en el plan, 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 cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> y los servicios que cobran un <u>copago</u> tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este plan 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 plan cubre ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$500 de <u>deducible</u> por admisión hospitalaria dentro y fuera de la red. 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 plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este plan?	Dentro de la red: \$6,500 Individual/\$13,000 Familiar Fuera de la red: \$13,000 Individual/\$26,000 Familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan, 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</u> , cargos por <u>factura con saldo adicional</u> y atención médica que este plan 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. Visite www.bcbsil.com/licensees o llame al 1-800-730-8445 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este plan usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , 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 plan (<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 algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</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 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Consulta virtual; \$10 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> . Consulte sus folletos de beneficios para obtener detalles.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 por consulta; no se aplica el <u>deducible</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>	50% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se recomienda la aprobación previa de los procedimientos de alto costo/alta tecnología.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

<https://policy-srv.box.com/s/z904556ck7c0gggoyv9lbvmtmbqsmqv7>.

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)	
<p>Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.express-scripts.com/mcdonalds o llamando al 1-877-783-2268.</p> <p>La cobertura para medicamentos con receta es emitida por Fidelity Security Life Insurance Company.</p>	Medicamentos genéricos	\$10 de copago en locales comerciales/ \$25 de copago en entrega a domicilio	Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de reclamación a Express Scripts (ESI)	<p>Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamento con receta en locales comerciales) y un suministro de hasta 90 días en entrega a domicilio (Express Script o Walgreen). Los copagos de medicamentos preventivos son de "\$0.00".</p> <p>Después de dos entregas de medicamentos de mantenimiento, el asegurado debe obtener la receta médica para un suministro de 90 días en entrega a domicilio.</p> <p>Usted paga la diferencia de costo si solicita un medicamento de marca en lugar del medicamento genérico equivalente para todos los medicamentos.</p> <p>La entrega a domicilio de proveedores no participantes no está cubierta para todos los medicamentos con receta.</p> <p>Ciertos medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accredo (una división de la farmacia de ESI para medicamentos especializados) para todas las entregas de su medicamento con receta, incluida la primera entrega.</p> <p>Cualquier diferencia entre el costo del medicamento genérico y el costo del medicamento de marca se aplicará al <u>deducible</u> o al gasto máximo de bolsillo. Los <u>gastos compartidos</u> correspondientes (por niveles) y la diferencia del costo entre el genérico y el de marca nunca superarán el costo total del medicamento.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	40% de coseguro con \$50 mín. y \$300 máx. en locales comerciales 40% de coseguro con \$125 mín. y \$750 máx. en entrega a domicilio	Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de reclamación a Express Scripts (ESI)	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de coseguro con \$100 mín. y \$500 máx. en locales comerciales 50% de coseguro con \$250 mín. y \$1250 máx. en entrega a domicilio	Pague el 100% en la farmacia y envíe un formulario completado de reclamación a Express Scripts (ESI)	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

<https://policy-srv.box.com/s/z904556ck7c0gggoyv9lbvmtmbqsmqv7>.

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>	Mismos gastos compartidos que en locales comerciales	Mismos gastos compartidos que en locales comerciales	Ciertos medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones complejas deben comprarse a través de Accreddo (una división de la farmacia de ESI para medicamentos especializados) para todas las entregas de su medicamento con receta, incluida la primera entrega.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	El uso de salas de emergencia para casos que no sean de emergencia tiene un 30% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> tanto dentro como fuera de la red.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica inmediata</u>	20% 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)	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 20% de <u>coseguro</u>	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 50% de <u>coseguro</u>	Se requiere la certificación previa. El no certificar previamente los servicios implica una reducción de beneficios del 50% con un límite máximo de multa de \$1,000.
	Honorarios del médico/cirujano	20% 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	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	\$30 de <u>copago</u> , aplica solo a consultas en el consultorio. Consulta virtual; \$10 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> . Consulte sus folletos de beneficios para obtener detalles.
	Servicios para pacientes internados	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 20% de <u>coseguro</u>	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 50% de <u>coseguro</u>	Se requiere la certificación previa. Cobertura de servicios de tratamiento residencial.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

<https://policy-srv.box.com/s/z904556ck7c0gggoyv9lbvmtmbqsmqv7>.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> se aplica para la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 20% de <u>coseguro</u>	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 50% de <u>coseguro</u>	Se requiere la certificación previa.
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Límite de 60 consultas combinadas con servicio de enfermería privado. Se requiere la certificación previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	60 consultas combinadas para terapia del habla, ocupacional y física.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 20% de <u>coseguro</u>	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 50% de <u>coseguro</u>	Limitado a un máximo de 120 días. Se requiere la certificación previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>Equipo Médico Duradero</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos.
	<u>Cuidados paliativos</u>	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 20% de <u>coseguro</u>	\$500 de <u>deducible</u> por admisión más 50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en <https://policy-srv.box.com/s/z904556ck7c0gggoyv9lbvmtmbqsmqv7>.

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 su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Los beneficios están disponibles a través de EyeMed.
	Anteojos para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Los beneficios están disponibles a través de EyeMed.
	Chequeo dental para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Beneficios disponibles a través de Delta Dental.

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención dental (Adulto) • Atención médica a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los ojos (Adultos) • Programas de pérdida de peso

Otros Servicios Incluidos (Estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 20 consultas por año calendario) • Audífonos (para niños, 1 por oído cada 24 meses; para adultos, hasta \$2,500 por oído cada 24 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de servicio privado (salvo el servicio para pacientes internados) • Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association (en adelante, se denomina BCBSIL)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en <https://policy-srv.box.com/s/z904556ck7c0gggoyv9lbvmtmbqsmqv7>.

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 la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, al 1-800-730-8445 o visite www.bcbsil.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 EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener información sobre los seguros de gastos médicos 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. Los planes eclesiásticos no están cubiertos por las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus 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 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: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-730-8445 o visitar www.bcbsil.com, o bien 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. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿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 a fin de obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple 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:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-730-8445.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-730-8445.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-730-8445

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-730-8445.

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 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 dentro de la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$600
■ <u>Copago del especialista</u>	\$30
■ Hospital (centro), ambos	\$500+20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

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*)

Costo Total del Ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos Compartidos</i>	
Deducibles*	\$1,100
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,300

¿Qué servicios no cubre el plan?

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que debe pagar Peg es	\$3,500
---------------------------------------	----------------

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>	\$600
■ <u>Copago del especialista</u>	\$30
■ Hospital (centro), ambos	\$500+20%
■ Otro <u>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 del Ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos Compartidos</i>	
Deducibles	\$600
Copagos	\$500
Coseguro	\$60

¿Qué servicios no cubre el plan?

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que debe pagar Joe es	\$1,180
---------------------------------------	----------------

Fractura simple de mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$600
■ <u>Copago del especialista</u>	\$30
■ Hospital (centro), ambos	\$500+20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

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*)

Costo Total del Ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos Compartidos</i>	
Deducibles	\$600
Copagos	\$70
Coseguro	\$400

¿Qué servicios no cubre el plan?

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que debe pagar Mia es	\$1,070
---------------------------------------	----------------

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" arriba.



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 considera 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 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 Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، فلديك 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 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 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 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 Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બાજુ વ્યાકરણને અસુબી અમ. કાર્યક્રમ 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 Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano 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 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 Navajo	T'áá ní, éí doodago ta'da biká anánilwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'idá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bina'ídiłkidgíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodiłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی 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 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 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 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 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 Vietnamese	Nếu 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.