



**⚠ El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [azblue.com/member](http://azblue.com/member). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al **1-800-423-6484** para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : <b>\$450</b> por individuo y <b>\$900</b> por familia <u>Fuera de la red</u> : <b>\$750</b> por individuo y <b>\$1,500</b> por familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general. Salvo que se muestre un <u>copago</u> , cargo u otro porcentaje, el porcentaje de <u>coseguro</u> de la <u>cantidad permitida</u> que usted paga por la mayoría de los servicios es del 25% <u>dentro de la red</u> y del 50% <u>fuera de la red</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Determinados servicios <u>preventivos dentro de la red</u> ; <u>medicamentos con receta médica</u> y servicios de Campus Health.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre algunos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este plan?	<u>Dentro de la red</u> : <b>\$1,000</b> por individuo y <b>\$2,000</b> por familia <u>Fuera de la red</u> : <b>\$11,250</b> por individuo y <b>\$22,500</b> por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos de <u>autorización previa fuera de la red</u> , la <u>facturación de saldo</u> y los costos de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Vea <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a> o llame al 1-800-423-6484 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación para atenderse con un especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>derivación</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Se aplica un <u>copago</u> al <u>especialista</u> después de alcanzar el <u>deducible</u> para la mayoría de los servicios de atención quiropráctica. \$10 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u> para consultas de telesalud médicas a través de BlueCare Anywhere.
	Servicios de Campus Health	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>		
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$55 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u>		
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Copago</u> de visita al consultorio y/o 25% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . No se aplica el <u>costo compartido</u> si solo se reciben servicios de laboratorio durante la visita al consultorio médico y se usan laboratorios clínicos independientes contratados. El <u>costo compartido</u> varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de <u>proveedor</u> y estado en la <u>red</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$50 de <u>copago</u> por procedimiento, después del <u>deducible</u>		
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a> .	Nivel 1	\$20 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$20 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Algunos medicamentos requieren <u>autorización previa</u> y no tendrán cobertura sin ella. El costo por un suministro de 90 días es de 2.5 <u>copagos</u> en una farmacia por venta minorista. Los medicamentos por pedido por correo no están cubiertos <u>fuera de la red</u> .  <u>Copago dentro de la red</u> por pedido por correo (no se aplica el <u>deducible</u> ): Nivel 1: \$20 Nivel 2: \$35 Nivel 3: \$165 Nivel 4: \$285  Los miembros no tendrán acceso a las farmacias Target o CVS.  Los <u>copagos</u> de <u>medicamentos de especialidad</u> cubren un suministro de hasta 30 días. No tiene cobertura sin <u>autorización previa</u> .
	Nivel 2	\$35 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$35 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	
	Nivel 3	\$55 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$55 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	
	Nivel 4	\$95 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u>	\$95 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días y <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	<u>Copagos</u> (no se aplica el <u>deducible</u> ): Nivel A: \$30 Nivel B: \$60 Nivel C: \$90 Nivel D: \$120	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Tarifas de acceso de \$150, después del <u>deducible</u> , luego 25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	<u>Copago</u> por visita al consultorio, después del <u>deducible</u> . La cantidad del <u>copago</u> varía según el <u>PCP/especialista</u> . Servicios de Campus Health: sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Primera visita: tarifas de acceso de \$250, luego sujeta al <u>deducible</u> y <u>coseguro</u> . Segunda visita: tarifas de acceso de \$350, luego sujeta al <u>deducible</u> y <u>coseguro</u> . Tercera visita y visitas adicionales: tarifas de acceso de \$450, luego sujetas al <u>deducible</u> y <u>coseguro</u> .		Si es admitido como paciente hospitalizado en el hospital, no se aplican las tarifas de acceso y usted paga <u>deducible</u> y <u>coseguro</u> para pacientes hospitalizados. Los <u>proveedores fuera de la red</u> no pueden <u>facturar el saldo</u> por la diferencia entre la <u>cantidad permitida</u> y el cargo facturado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	25% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>		Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	Tarifas de acceso de \$75 después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Las tarifas de acceso se aplican únicamente a los centros contratados específicamente para proveer <u>atención de urgencia</u> .
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Tarifas de acceso de \$150, luego sujeta al <u>deducible</u> y <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> .
	Tarifas del médico/cirujano		50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	
	Atención a largo plazo para enfermos agudos	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Límite total de 365 días por atención a largo plazo para enfermos agudos (LTAC) por miembro.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa <u>para servicios</u> fuera de la red. Consultas de tele salud para asesoramiento y consultas de tele salud para servicios psiquiátricos cubiertas a través de BlueCare Anywhere.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Tarifas de acceso de \$250, luego sujeta al <u>deducible</u> y <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa para servicios fuera de la red.</u>
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de visita al consultorio, luego un 25% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Además del <u>copago</u> inicial, no se aplica el <u>costo compartido dentro de la red</u> para los cargos generales del médico y las visitas al consultorio y a domicilio que realice el médico. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del <u>SBC</u> (es decir, ecografía). El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos dentro de la red.</u>
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto		50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar/terapia de infusión en el hogar</u>	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Límite de 42 visitas (de hasta 4 horas) por año calendario. Se excluye la atención de custodia.
	<u>Servicios de rehabilitación</u> • EAR = centro de rehabilitación activa extendida • PT/OT/ST = fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje	EAR: 25% de <u>coseguro</u> PT/OT: 25% de <u>coseguro</u> por las primeras 160 modalidades o servicios terapéuticos o 20 visitas para ST, luego, 50% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Límite de 150 días por año calendario para un EAR y 180 días por año calendario para un SNF. No se aplica <u>deducible</u> para servicios de PT/OT/ST, <u>dentro de la red</u> y <u>fuera de la red</u> . El <u>plan</u> no cubre la fisioterapia ni la terapia ocupacional de grupo.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u> en un centro de enfermería especializado (SNF)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u>	
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Copago</u> de visita al consultorio y luego 25% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . El <u>costo compartido</u> varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de <u>proveedor</u> y su estado en la <u>red</u> . Límite de 1 audífono por miembro por oído cada 3 años calendario cubierto al 50% del costo para dentro y <u>fuera de la red</u> .
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	25% de <u>coseguro</u>	Sin cargo, excepto la <u>facturación de saldo</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Cargo de \$300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>autorización previa</u> para servicios <u>fuera de la red</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluido. <u>Exámenes</u> para miembros menores de 5 años cubiertos bajo “ <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u> ”.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluido.

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

**Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Medicina alternativa</li> <li>• Atención que no es <u>necesaria por motivos médicos</u></li> <li>• Cirugía estética, suministros y servicios estéticos</li> <li>• Atención de custodia</li> <li>• Atención dental, con las excepciones que se establezcan en el <u>plan</u></li> <li>• Cargos por alquiler/repación del <u>equipo médico duradero (DME)</u> que supere el precio de compra</li> <li>• Tratamientos experimentales y de investigación, con las excepciones que se establezcan en el <u>plan</u></li> <li>• Anteojos y lentes de contacto, con las excepciones que se establezcan en el <u>plan</u></li> <li>• Servicios y tratamiento para el pie plano</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas cromosómicas y genéticas, con las excepciones que se establezcan en el <u>plan</u></li> <li>• Servicios de <u>habilitación</u></li> <li>• <u>Atención médica en el hogar</u> y terapia de infusión que superen las 42 visitas (de hasta 4 horas) por año calendario</li> <li>• El tratamiento de un paciente hospitalizado en un EAR que exceda los 150 días por año calendario y el tratamiento de un paciente hospitalizado en un SNF que exceda los 180 días por año calendario</li> <li>• <u>Atención a largo plazo</u>, excepto la atención a largo plazo para enfermos agudos hasta un máximo de 365 días de beneficios del <u>plan</u></li> <li>• Terapia de masajes, aparte de la permitida según los criterios basados en la evidencia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos por pedido por correo <u>fuera de la red</u> y medicamentos <u>de especialidad fuera de la red</u></li> <li>• No se cubren los <u>servicios preventivos</u> que no exige la ley estatal o federal</li> <li>• Servicios de enfermería privada</li> <li>• Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el <u>plan</u></li> <li>• Atención de la vista de rutina, con las excepciones que se establezcan en el <u>plan</u> de beneficios</li> <li>• Atención de los pies de rutina</li> <li>• Servicios, exámenes y procedimientos que están excluidos por las pautas de cobertura médica</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |
|--|---|--|

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Tratamiento y medicamentos para la infertilidad y</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos, limitados a un audífono por miembro, por oído, cada 3 años calendario</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Servicios y tratamiento para la disfunción sexual</li> </ul> |
|---|--|---|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), comuníquese 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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o a través del sitio web [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Las normas federales de continuidad de cobertura COBRA no cubren los planes eclesiásticos. Si se asegura la cobertura, las personas deben comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona (al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix) sobre sus posibles derechos para continuar la cobertura conforme a la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-800-423-6484. 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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal y planes eclesiásticos que sean planes de salud grupales, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-800-423-6484. Si se asegura su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix o en <https://difi.az.gov/consumer/i/health>.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.



## Acerca de estos ejemplos de cobertura



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$450
■ <u>Copago</u> al <u>especialista</u>	\$55
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	25%
■ Otro <u>coseguro</u>	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico

(ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un especialista (anestesia)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$450
<u>Copagos</u>	\$210
<u>Coseguro</u>	\$340
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$50
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1,050</b>

### Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$450
■ <u>Copago</u> al <u>especialista</u>	\$55
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	25%
■ Otro <u>coseguro</u>	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades)

Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (glucómetro)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$450
<u>Copagos</u>	\$550
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,020</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$450
■ <u>Copago</u> al <u>especialista</u>	\$55
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	25%
■ Otro <u>coseguro</u>	25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)

Exámenes de diagnóstico (radiografías)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$430
<u>Copagos</u>	\$330
<u>Coseguro</u>	\$240
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,000</b>

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. BCBSAZ proporciona ayuda y servicios sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para permitir que las personas con discapacidades se comuniquen de forma eficaz con nosotros. BCBSAZ también proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo, intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al 602-864-4884 si habla español y al 1-877-475-4799 si habla otros idiomas y para solicitar otro tipo de ayuda y servicios.

SPL22558-0125