⚠ **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**. 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/** o llamar al **1-800-423-6484** para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	**Cobertura por individuo únicamente:** Dentro de la red: **$1,750** por individuo por año calendario. Fuera de la red: **$3,500** por individuo por año calendario. **Cobertura por familia:** Dentro de la red: **$3,500** por familia por año calendario. Fuera de la red: **$7,000** por familia por año calendario.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por la póliza, debe alcanzarse el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar. Salvo que se muestre un copago, cargo u otro porcentaje, el porcentaje de coseguro de la cantidad permitida que usted paga por la mayoría de los servicios es del 10% dentro de la red y del 50% fuera de la red.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Determinados servicios preventivos dentro de la red.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	**Cobertura por individuo únicamente:** Dentro de la red: **$2,000** por individuo por año calendario. Fuera de la red: **$5,000** por individuo por año calendario. **Cobertura por familia:** Dentro de la red: **$4,000** por familia por año calendario. Fuera de la red: **$10,000** por familia por año calendario.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, debe alcanzarse el límite de gastos de bolsillo familiar general.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos de autorización previa fuera de la red, la facturación de saldo y los costos de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Vea www.azblue.com o llame al 1-800-423-6484 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación.

⚠ 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)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	10% de coseguro	50% de coseguro y facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red. Consultas de telesalud médicas cubiertas a través de Telehealth from AZ Blue.
	Servicios de Campus Health	Sin cargo después del deducible		
	Consulta con un especialista	10% de coseguro		
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo, no se aplica el deducible	50% de coseguro y facturación de saldo	No se cubren los servicios preventivos que no exige la ley estatal o federal. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.

* Para obtener más información sobre limitaciones, excepciones y autorizaciones previas, consulte el documento del plan o de la póliza en www.azblue.com/member.

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 se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)			
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.azblue.com.	Nivel 1	$10 de copago por un suministro de 30 días, el copago se aplica después del deducible	$10 de copago por un suministro de 30 días y facturación de saldo, el copago se aplica después del deducible	Algunos medicamentos requieren autorización previa y no tendrán cobertura sin ella. El costo por un suministro de 90 días es de 2.5 copagos en una farmacia por venta minorista. Los medicamentos por pedido por correo no están cubiertos fuera de la red. Copago dentro de la red por pedido por correo (el copago se aplica después del deducible): Nivel 1: $10 Nivel 2: $25 Nivel 3: $135 Nivel 4: $255 Los miembros no tendrán acceso a las farmacias Target o CVS.
	Nivel 2	$25 de copago por un suministro de 30 días, el copago se aplica después del deducible	$25 de copago por un suministro de 30 días y facturación de saldo, el copago se aplica después del deducible	
	Nivel 3	$45 de copago por un suministro de 30 días, el copago se aplica después del deducible	$45 de copago por un suministro de 30 días y facturación de saldo, el copago se aplica después del deducible	
	Nivel 4	$85 de copago por un suministro de 30 días, el copago se aplica después del deducible	$85 de copago por un suministro de 30 días y facturación de saldo, el copago se aplica después del deducible	
	Medicamentos de especialidad	Copagos (se aplica después del deducible): Nivel A: $30 Nivel B: $60 Nivel C: $90 Nivel D: $120	Sin cobertura	Los copagos de medicamentos de especialidad cubren un suministro de hasta 30 días. No tiene cobertura sin autorización previa.

* Para obtener más información sobre limitaciones, excepciones y autorizaciones previas, consulte el documento del plan o de la póliza en www.azblue.com/member.

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)	10% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano			
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	10% de coseguro		Los proveedores fuera de la red no pueden facturar el saldo por la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo facturado.
	Transporte médico de emergencia	10% de coseguro		Ninguna.
	Atención de urgencia	10% de coseguro	50% de coseguro y facturación de saldo	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano			
	Atención a largo plazo para enfermos agudos	10% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red. Límite total de 365 días por LTAC por miembro.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo después del deducible	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red. Consultas de telesalud para asesoramiento y consultas de telesalud para servicios psiquiátricos cubiertas a través de Telehealth from AZ Blue.
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red.

* Para obtener más información sobre limitaciones, excepciones y autorizaciones previas, consulte el documento del plan o de la póliza en www.azblue.com/member.

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 está embarazada	Visitas al consultorio Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos dentro de la red.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar/terapia de infusión en el hogar	10% de coseguro	50% de coseguro y facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red.Límite de 42 visitas (de hasta 4 horas) por año calendario. Se excluye la atención de custodia.
	Servicios de rehabilitación • EAR = centro de rehabilitación activa extendida • PT/OT/ST = fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje	EAR: 10% de coseguro PT/OT: 10% de coseguro por las primeras 160 modalidades o servicios terapéuticos o 20 visitas para ST, luego 50% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red. Límite de 120 días por año calendario para un EAR y 180 días por año calendario para un SNF. El plan no cubre la fisioterapia ni la terapia ocupacional de grupo.
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializado (SNF)	10% de coseguro	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	
	Equipo médico duradero	10% de coseguro	50% de coseguro y facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red. Límite de 1 audífono por miembro, por oído, cada 3 años calendario.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	10% de coseguro	50% de coseguro y facturación de saldo	Cargo de $300 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene autorización previa para servicios fuera de la red.

* Para obtener más información sobre limitaciones, excepciones y autorizaciones previas, consulte el documento del plan o de la póliza en www.azblue.com/member.

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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluido. Exámenes para miembros menores de 5 años cubiertos bajo "Atención preventiva/evaluación/vacunas".
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Excluido.
	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).

- Acupuntura
- Medicina alternativa
- Atención que no es necesaria por motivos médicos
- Cirugía estética, suministros y servicios estéticos
- Atención de custodia
- Atención dental, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Cargos por alquiler/reparación del equipo médico duradero (DME) que supere el precio de compra
- Tratamientos experimentales y de investigación, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Anteojos y lentes de contacto, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios y tratamiento para el pie plano
- Pruebas cromosómicas y genéticas, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios de habilitación
- Atención médica en el hogar y terapia de infusión que superen las 42 visitas (de hasta 4 horas) por año calendario
- El tratamiento de un paciente hospitalizado en un EAR que exceda los 120 días por año calendario y el tratamiento de un paciente hospitalizado en un SNF que exceda los 180 días por año calendario
- Atención a largo plazo, excepto la atención a largo plazo para enfermos agudos hasta un máximo de 365 días de beneficios del plan
- Terapia de masajes, aparte de la permitida según los criterios basados en la evidencia
- Medicamentos por pedido por correo fuera de la red y medicamentos de especialidad fuera de la red
- No se cubren los servicios preventivos que no exige la ley estatal o federal
- Servicios de enfermería privada
- Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Atención de la vista de rutina, con las excepciones que se establezcan en el plan de beneficios
- Atención de los pies de rutina
- Servicios, exámenes y procedimientos que están excluidos por las pautas de cobertura médica
- Programas de pérdida de peso

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

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento y medicamentos para la infertilidad y la fertilidad
- Audífonos, limitados a un audífono por miembro, por oído, cada 3 años calendario
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios y tratamiento para la disfunción sexual

* Para obtener más información sobre limitaciones, excepciones y autorizaciones previas, consulte el documento del plan o de la póliza en www.azblue.com/member.

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.

- 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.

- 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 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. 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.

* Para obtener más información sobre limitaciones, excepciones y autorizaciones previas, consulte el documento del plan o de la póliza en www.azblue.com/member.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-475-4799.

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 602-864-4884.

Navajo: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-877-475-4799.

Chinese Simplified: 如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-877-475-4799 。

Chinese Traditional: 如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-475-4799。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-475-4799.

French: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-475-4799.

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-475-4799.

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-475-4799.

Korean: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-475-4799.

Russian: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-475-4799.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-877-475-4799.

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-475-4799 ।

Farsi (Persian)

با شماره همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد.فارسي‌اگر توجه: 1-877-475-4799.

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-475-4799.

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-475-4799 。

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 deducible general del plan**	**$1,750**
■ ***Coseguro* del especialista**	**10%**
■ ***Coseguro* del hospital (establecimiento)**	**10%**
■ **Otro *coseguro***	**10%**

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	
Deducibles	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$250
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$50
El total que Peg pagaría es	**$2,050**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ **El deducible general del plan**	**$1,750**
■ ***Coseguro* del especialista**	**10%**
■ ***Coseguro* del hospital (establecimiento)**	**10%**
■ **Otro *coseguro***	**10%**

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	
Deducibles	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$250
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$2,020**

Fractura simple de Mia

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

■ **El deducible general del plan**	**$1,750**
■ ***Coseguro* del especialista**	**10%**
■ ***Coseguro* del hospital (establecimiento)**	**10%**
■ **Otro *coseguro***	**10%**

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	
Deducibles	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$110
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,860**

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

Blue Cross, Blue Shield y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas, y Telehealth from AZ Blue es una marca de servicio de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

La discriminación va contra las leyes

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (AZ Blue) cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; el embarazo o las afecciones relacionadas; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos sexuales. **AZ Blue** no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

AZ Blue:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, servicios y ayudas auxiliares apropiadas y gratuitas para comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de asistencia lingüística sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayuda y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, llame al 602-864-4884 para obtener información en español y al 1-877-475-4799 para todos los demás idiomas y otras ayudas y servicios.

Si cree que **AZ Blue** no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Section 1557 Coordinator
P.O. Box 13466
Phoenix, AZ 85002-3466
Llame al 602-864-2288; TTY 711
o envíenos un correo electrónico a crc@azblue.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el **Coordinador de la Sección 1557 de AZ Blue** está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de AZ Blue: azblue.com/nondiscrimination-notice.

SP-L26658-0127

Blue Cross, Blue Shield y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas, y Telehealth from AZ Blue es una marca de servicio de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.