



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el plan el coste de los servicios de salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el coste de este plan (denominado prima) se facilitará por separado.**

**Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de las condiciones completas de la misma, llame al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148. Para las definiciones generales de términos comunes, como importe permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llamar al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	Proveedores de red: \$750/individual, \$2,250/familiar; Proveedores fuera de la red: \$1,500/individual, \$3,000/familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los gastos desde los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia afiliados al <u>plan</u> , cada uno de ellos debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que el importe total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar global.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención primaria y las visitas a especialistas dentro de la <u>red</u> , la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> , ciertos <u>medicamentos recetados</u> genéricos dentro de la <u>red</u> , la <u>atención médica domiciliaria</u> dentro de la <u>red</u> , los servicios de <u>rehabilitación</u> y los <u>servicios de habilitación</u> dentro de la <u>red</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque aún no haya alcanzado el importe del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Consulte la 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> .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para determinados servicios?	Sí. \$50/individual, \$150/familiar para el plan dental. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costes de la mayoría de estos servicios hasta el importe del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar la mayoría de estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Proveedores de red: \$7,150/individual, \$14,300/familiar; Proveedores fuera de la red: Sin <u>límite de gastos de bolsillo</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia afiliados a este <u>plan</u> , estos tienen que cumplir sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> global de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> , penalizaciones por no obtener <u>autorización previa</u> , <u>coseguro</u> por estar <u>fuera de la red</u> y asistencia sanitaria que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.bcbsil.com">www.bcbsil.com</a> o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> . Para obtener una lista de proveedores de salud mental <u>dentro de la red</u> , llame al 1-800-851-7498	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará el máximo si acude a un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita que una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>referencia</u> .



Todos los costes de **copago** y **coseguro** indicados en este cuadro se aplican una vez satisfecho el **deducible**, si existe un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si acude al consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica o a una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$40 por visita, luego <u>coseguro</u> del 20%. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita, luego <u>coseguro</u> del 20%. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Atención preventiva/exámenes/inmunización</u>	Sin coste alguno por los servicios preventivos que deben cubrirse en virtud de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Se aplican los límites de edad y frecuencia permitidos por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. A continuación, compruebe qué pagará su <u>plan</u> .
Si tiene una prueba	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere <u>autorización previa</u> para todos los procedimientos diagnósticos invasivos o se reducen los beneficios en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, suceso o internamiento.
	Diagnóstico por imagen (TC/TEP, RM)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Si desea más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos recetados</u></b> , póngase en contacto con el <u>plan</u> llamando al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148	Medicamentos genéricos	Para medicamentos genéricos con un precio de compra de hasta \$350: sin cargos, no se aplica <u>deducible</u> . Para medicamentos genéricos con un precio de compra superior a \$350: <u>Coseguro</u> del 20%	Para medicamentos genéricos con un precio de compra de hasta \$350: sin cargos, no se aplica <u>deducible</u> . Para medicamentos genéricos con un precio de compra superior al \$350: <u>Coseguro</u> del 20%	Suministro limitado a 30 días. Sin cargos por los medicamentos preventivos genéricos requeridos por la ACA (por ejemplo, anticonceptivos) o de un medicamento preventivo de marca si un genérico no es medicamento apropiado.
	Medicamentos de marca	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 30%	
<b>Si se somete a cirugía ambulatoria</b>	Cuota del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere <u>autorización previa</u> o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Se requiere <u>autorización previa</u> para los dispositivos (excepto órganos artificiales) implantados mediante cirugía en una cavidad corporal para ayudar a la función de un órgano interno, o se denegarán los beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Debe ser por una "Emergencia Médica". Los gastos profesionales/médicos pueden facturarse por separado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Limitado al transporte al hospital más cercano.
	<u>Atención urgente</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna.
<b>Si está hospitalizado</b>	Gastos del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red para los dispositivos (excepto órganos artificiales) implantados mediante cirugía en una cavidad corporal para ayudar a la función de un órgano interno, o se denegarán los beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	<u>Coseguro</u> del 20%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	<u>Coseguro</u> del 70%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red para hospitalizaciones parciales o se reducen los beneficios en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. No se cubren los servicios por abuso de sustancias.
	Servicios de hospitalización	<u>Coseguro</u> del 20%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	<u>Coseguro</u> del 70%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. No se cubren los servicios por abuso de sustancias.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	La participación en los gastos no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. Los cuidados prenatales (salvo las pruebas preventivas exigidas por la ACA y las complicaciones del embarazo) no están cubiertos para los hijos dependientes. La atención a la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otro lugar del SBC (por ejemplo, ecografía). Los gastos de parto no están cubiertos para los hijos dependientes, salvo en caso de complicaciones del embarazo. Se requiere autorización previa fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento (solo se aplica a estancias hospitalarias que duren más de 48 horas para un parto vaginal o 96 horas para una cesárea).
	Servicios profesionales para el parto	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	
	Servicios de atención al parto en el centro	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<u>Asistencia médica a domicilio</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita, luego 20% de <u>coseguro</u> ; no se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere autorización previa o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Limitado a 30 visitas por año calendario ( <u>dentro y fuera de la red</u> combinadas). La atención debe comenzar en los 14 días siguientes al alta de un internamiento hospitalario o en un centro de enfermería especializada.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita por proveedor, luego 20% de <u>coseguro</u> ; no se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita por proveedor, luego 20% de <u>coseguro</u> ; no se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere autorización previa fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Limitado a 30 días por año calendario ( <u>dentro y fuera de la red</u> combinados). El internamiento debe comenzar en los 7 días inmediatamente posteriores a una hospitalización de al menos 5 días consecutivos.
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere autorización previa fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
<b>Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica</b>	Examen ocular infantil	\$10 <u>copago/examen</u>	Sin cargo hasta \$45, después el 100%.	Limitado a un examen oftalmológico cada año calendario. Administrado por separado por CIGNA Vision.
	Lentes para niños	<u>Lentes</u> : copago de \$15; <u>monturas</u> : sin cargo hasta \$130, luego 100%.	<u>Lentes</u> : sin cargo hasta el límite del lente permitido, después el 100%; <u>monturas</u> : sin cargo hasta \$71, luego 100%.	Limitado a lentes cada año calendario y monturas cada dos años calendario. Administrado por separado por CIGNA Vision.
	Revisión dental infantil	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u> ; no se aplica <u>deducible</u> dental.	Sin cargo hasta la <u>cantidad permitida</u> , después el 100%; no se aplica <u>deducible</u> ; no se aplica <u>deducible</u> dental.	Limitado a dos por año calendario. Administrado por separado por CIGNA.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Cirugía estética (excepto en los casos exigidos por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos</li> <li>Tratamiento de la infertilidad</li> <li>Atención de larga duración</li> <li>Atención no urgente en viajes fuera de EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería privada</li> <li>Cuidados rutinarios de los pies</li> <li>Servicios contra el abuso de sustancias</li> <li>Programas de pérdida de peso (excepto los exigidos por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible)</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención quiropráctica (tratamiento quiropráctico manipulativo limitado a 10 visitas por año calendario)</li> </ul>	Atención dental (adultos) (\$1.000 máximo por año calendario)	Atención oftalmológica rutinaria (Adultos)

**Sus derechos para continuar la cobertura:** Existen organismos que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. Los datos de contacto de estos organismos son: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la contratación de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamación y apelación:** Existen organismos que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una queja. Esta queja se denomina reclamación o apelación. Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también brindan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Si desea más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con: el plan llamando al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo a [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

#### **¿Este plan ofrece una cobertura mínima esencial? Sí**

La Cobertura Mínima Esencial generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal por primas.

#### **¿Este plan cumple las normas de valor mínimo? Sí**

Si su plan no cumple las Normas de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal por primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos.

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

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**No se trata de una estimación de costes.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costes que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva para el afiliado individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- Deducible global del plan \$750
- Copago por especialista \$40 + 20%
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otros coseguros 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicios en instalaciones de parto  
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Reparto de costes</i>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,290
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,100</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- Deducible global del plan \$750
- Copago por especialista \$40 + 20%
- Coseguro del hospital 20%
- Otros coseguros 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos con receta  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

**Fractura simple de Mia**

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

- Deducible global del plan \$750
- Copago por especialista \$40 + 20%
- Coseguro del hospital 20%
- Otros coseguros 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Atención en la sala de emergencias (*incluido el material médico*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Reparto de costes</i>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$390
<u>Coseguro</u>	\$780
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,920</b>

El plan se haría cargo de los demás costes de estos servicios cubiertos por el EJEMPLO.