



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este plan (llamado prima) 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 1-800-942-5837 o visite

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 https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llame al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$1,500 Individual/\$4,500 Familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe cumplir con el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , los <u>medicamentos con receta</u> , las <u>pruebas de diagnóstico</u> , la <u>ambulancia</u> y <u>cierta atención médica preventiva</u> están cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> 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 <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. Por incidente: \$750 para admisión hospitalaria, \$100 para <u>sala de emergencias</u> , \$200 para cirugía ambulatoria. 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 <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Blue Preferred: \$4,500 Individual/\$10,000 Familiar Fuera de la red: \$7,500 Individual/\$19,500 Familiar Límite para <u>medicamentos con receta</u> : \$1,000 Individual/\$3,000 Familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , multas por no presentar la <u>autorización previa</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbsok.com o llame al 1-800-942-5837 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera 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 <u>plan</u> (<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 fuera 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 este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención médica básica para tratar una enfermedad o herida	\$20 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$20 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$20 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$20 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/ evaluaciones/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	30% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . Las vacunas para niños y las mamografías anuales están cubiertas sin cargo <u>fuera de la red</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Sin cargo si se factura junto con visitas al consultorio.
	Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (usted pagará más)	
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> está disponible en www.bcbsok.com/member/prescriptiondrugs.html	Medicamentos genéricos	Farmacia preferida: 30% del costo, \$12 mínimo Farmacia participante: 35% del costo, \$17 mínimo Entrega a domicilio: 30% del costo, \$36 mínimo; no se aplica el <u>deducible</u>	35% del costo, 17 mínimo; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Límite de gastos de bolsillo para medicamentos con receta:</u> \$1,000 Individual/\$3,000 Familiar. Todos los medicamentos <u>fuera de la red</u> están sujetos a una multa del 20% adicional. Los mínimos de los <u>copagos</u> son por receta. Suministro de hasta 30 días en farmacia. Suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento. Suministro de hasta 90 días en entrega a domicilio, sólo <u>en la red</u> . Los <u>medicamentos especializados</u> deben obtenerse a través de un <u>proveedor</u> de farmacias de medicamentos especializados <u>de la red</u> ; multa del 20% si se utiliza otro proveedor. Limitado a un suministro de 30 días. La entrega a domicilio no está cubierta.
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia preferida: \$25 de <u>copago</u> por medicamento con receta Farmacia participante: \$35 de <u>copago</u> por medicamento con receta Entrega a domicilio: \$75 de <u>copago</u> por medicamento con receta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$35 de <u>copago</u> por medicamento con receta; no se aplica el <u>deducible</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia preferida: 30% del costo, \$25 mínimo Farmacia participante: 40% del costo, \$35 mínimo Entrega a domicilio: 30% del costo, \$75 mínimo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% del costo, \$35 mínimo; no se aplica el <u>deducible</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u>	30% del costo, \$25 mínimo, \$300 máximo; no se aplica el <u>deducible</u>	30% del costo, \$25 mínimo, \$300 máximo; no se aplica el <u>deducible</u>	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> adicional de \$200 por incidente. El aborto electivo no está cubierto.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Deducible adicional de \$100 por incidente; no se aplica en caso de admisión.
	Transporte médico para casos de emergencia	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
	Atención médica inmediata	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Deducible adicional de \$750 por incidente. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$20 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u> para otros servicios para pacientes no hospitalizados	\$20 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> 50% de <u>coseguro</u> para otros servicios para pacientes no hospitalizados	Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Deducible adicional de \$750 por incidente. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Deducible adicional de \$750 por incidente. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .

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

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor de la red</u> (usted pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (usted pagará más)	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 30 consultas por período de beneficios. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Pacientes no hospitalizados: Límite de 25 consultas combinadas por período de beneficio para terapia física, ocupacional y del habla. Pacientes hospitalizados: <u>Deducible</u> adicional de \$750 por incidente. Límite de 30 días por período de beneficios. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> adicional de \$750 por incidente. Límite de 30 días por período de beneficios. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> adicional de \$750 por incidente. Límite de 30 días por período de beneficios. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Alquiler o compra que se consideren <u>médicamente necesarios</u> a criterio del <u>plan</u> .
	<u>Atención médica para pacientes terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	<u>Deducible</u> adicional de \$750 por incidente. Se requiere <u>autorización previa</u> ; \$500 de multa por servicios sin autorización previa <u>fuera de la red</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales u oculares	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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).

- Aborto electivo (a menos que la vida de la madre esté en peligro)
- Acupuntura
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención médica a largo plazo
- Audífonos (cobertura limitada para niños)
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos y niños)
- Cuidado de rutina de los pies (solo para asegurados que tengan diabetes)
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento de infertilidad

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).

- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención quiropráctica
- Servicio de enfermería privado (85 consultas por año)

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 siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-942-5837, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información acerca del Mercado, 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 una denegación 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, los documentos de su plan proporcionan 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 Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma al 1-800-942-5837 o visitar www.bcbsok.com, o 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 Oklahoma al 1-800-522-0071 o visite www.ok.gov/oid/Consumers/Consumer_Assistance/.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago al momento de presentar su declaración anual de ingresos a menos que califique para una exención del requisito de que usted cuenta con cobertura médica durante ese mes.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el estándar de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-942-5837.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-942-5837.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-942-5837.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-942-5837.

—————Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga 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 según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$20
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro 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	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles*</u>	\$2,250
<u>Copagos</u>	\$60
<u>Coseguro</u>	\$1,800
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$4,170

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina en la red para la enfermedad bien controlada)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$20
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluye información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Joe es	\$2,360

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$20
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro 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 (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$60
<u>Coseguro</u>	\$30
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$990

*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.



BlueCross BlueShield of Oklahoma

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To speak to an interpreter, call the customer service number on the back of your member card. If you are not a member, or don't have a card, call 855-710-6984.

Table with 2 columns: Language and Translation. Rows include Arabic, Burmese, Cherokee, Chinese, French, German, Hmong, Korean, Laotian, Navajo, Persian, Spanish, Tagalog, Thai, Urdu, and Vietnamese.

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Brindamos servicios y asistencia gratuita de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten ayuda con el idioma.

No discriminamos en base a raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita para la comunicación o con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que no brindamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una reclamación.

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
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Usted puede presentar una queja sobre derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 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>