



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 www.bluecrossnc.com/manuales. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad aprobada, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llamar al 1-800-517-8072 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la red: \$3,000 por persona/\$3,000 por cada miembro de la familia/\$6,000 total familiar. Fuera de la red: \$6,000 por persona /\$6,000 por cada miembro de la familia/\$ 12,000 total 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 familiares en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y la mayoría de los servicios que puedan requerir un copago	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque no haya cumplido 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 servicios de <u>atención preventiva</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte la lista de servicios de <u>atención preventiva</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario cumplir con los deducibles para determinados servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$7,150 por persona/\$7,150 por cada miembro de la familia /\$14,300 total familiar. Fuera de la red: \$14,300 por persona/\$14,300 por cada miembro de la familia/\$28,600 total familiar.	El <u>límite de gastos médicos personales</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, se debe cumplir con el límite general de gastos médicos personales familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	No incluye <u>primas</u> , <u>saldos de facturación</u> , servicios que este <u>plan</u> de seguro no cubre ni penalizaciones por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios.	A pesar de que usted paga estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de gastos médicos personales</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite bluecrossnc.com/encontraratencion o llame al 1-800-517-8072 para ver una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y puede que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su plan paga (<u>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta 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 recibir estos servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?	No.	Usted puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección 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)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 copago	50% coseguro	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$60 copago	50% coseguro	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	50% coseguro	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego compruebe lo que su <u>plan</u> pagará. Puede haber límites.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	30% coseguro	50% coseguro	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.

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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en es.bluecrossnc.com/medicamentos	Medicamentos del nivel 1	\$10 copago	\$10 copago	Se puede requerir <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán. El copago corresponde a un suministro de 30 días. *Consulte la sección de <u>medicamentos con receta</u> .
	Medicamentos del nivel 2	\$10 copago	\$10 copago	
	Medicamentos del nivel 3	100% coseguro	100% coseguro	
	Medicamentos del nivel 4	100% coseguro	100% coseguro	
	Medicamentos del nivel 5	100% coseguro	100% coseguro	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% coseguro	50% coseguro	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	30% coseguro	50% coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$500/sin hospitalización; \$500 con hospitalización	\$500/sin hospitalización; \$500 con hospitalización	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30% coseguro	30% coseguro	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 copago	\$50 copago	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	Tarifas del médico/cirujano	30% copago	50% copago	Ninguna

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 necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30/cita en el consultorio; 30% coseguro/paciente ambulatorio	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	30% coseguro	50% coseguro	*Consulte la sección de planificación familiar.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% coseguro	50% coseguro	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	30% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	30% coseguro	50% coseguro	*Consulte la sección de terapias. Máximo de 60 consultas combinadas de terapia física y ocupacional. 30 consultas de servicios quiroprácticos. - El límite de consultas no se aplica para diagnósticos de enfermedades mentales.
	<u>Servicios de habilitación</u>	30% coseguro	50% coseguro	Los servicios de habilitación se combinan con los límites de los servicios de rehabilitación indicados anteriormente.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30% coseguro	50% coseguro	La cobertura tiene un límite de 30 días. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán. Puede haber límites.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	30% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.

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 cargo	No cubre	Puede haber límites
	Anteojos para niños	No cubre	No cubre	Servicio excluido
	Control dental para niños	No cubre	No cubre	Servicio 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"> • Acupuntura • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Programas para perder peso | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adulto) |
|--|---|--|

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"> • Cirugía bariátrica • Tratamiento para la infertilidad • Atención rutinaria de la vista (adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos • Atención rutinaria del pie que no sea paliativa o cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Enfermería particular |
|---|---|--|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departament of Labor's Employee Benefits Security Administration en el 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarle 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 BlueCross NC al 1-800-517-8072 o www.BlueConnectNC.com. Adicionalmente puede recibir asistencia del Departament of Labor's Employee Benefits Security Administration en el 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, si corresponde.

¿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.

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-517-8072.

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-517-8072.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-517-8072.

[Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-517-8072

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

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 plan	\$3,000
■ <u>Copago</u> del especialista	\$60
■ <u>Coseguro</u> del establecimiento	30%
■ Otro <u>coseguro</u>	30%

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:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$3,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,520
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,590

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,000
■ <u>Copago</u> del especialista	\$60
■ <u>Coseguro</u> del establecimiento	30%
■ Otro <u>coseguro</u>	30%

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
- Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,320
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,840

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$3,000
■ <u>Copago</u> del especialista	\$60
■ <u>Coseguro</u> del establecimiento	30%
■ Otro <u>coseguro</u>	30%

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:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,870
<u>Copagos</u>	\$360
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,230

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



Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) provides free aids to service people with disabilities as well as free language services for people whose primary language is not English. Please contact the Customer Service number on the back of your ID card for assistance.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Comuníquese con el número para servicio al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta del seguro para obtener ayuda.