



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado la prima) será provista por separado.**

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos detallados de cobertura, llame al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0299) o visítenos en www.bcbst.com. Para definiciones generales de términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados refiérase al Glosario. Usted puede ver el Glosario en el sitio www.cciio.cms.gov o puede llamar al 1-800-565-9140 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la red: \$3,300 por persona - \$6,600 familiar Fuera de la red: \$6,400 por persona - \$12,800 familiar	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta cubrir 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 de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcancen el total del <u>deducible</u> familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. El <u>deducible</u> no se aplica al <u>cuidado preventivo</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, puede ser que aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos servicios preventivos sin <u>costo compartido</u> y antes de cumplir con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> en el sitio https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de la cantidad a pagar <u>fuera del bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$5,000 por persona - \$10,000 familiar Fuera de la red: \$15,000 por persona \$27,000 familiar	El límite para los <u>gastos pagados fuera del bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que cumplir con su propio límite <u>fuera del bolsillo</u> hasta que el monto total <u>fuera del bolsillo</u> de toda la familia haya sido alcanzado.
¿Cuáles son los gastos que no están incluidos en el límite de los gastos pagados <u>fuera del bolsillo</u> ?	Este <u>plan</u> no cubre <u>primas</u> , cargos por <u>salDOS facturados</u> , multas y atención médica.	A pesar de que usted paga por estos gastos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de los gastos pagados fuera del bolsillo</u> .
¿Le tocará pagar menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Este <u>plan</u> utiliza la Red S. Vaya a www.bcbst.com/Network-S o llame al 1-800-565-9140 para obtener una lista de <u>proveedores que se encuentran dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que se encuentra en la <u>red de su plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura de parte del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</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 las pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., un licenciario independiente de BlueCross BlueShield Association

Preguntas: Llame al 1-800-565-9140 o visítenos en www.bcbst.com

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesito un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita ser <u>referido</u> .



El costo de todos los copagos y los coseguros que se muestra en esta gráfica son después que haya alcanzado el deducible, si es que aplica algún deducible.

Eventos médicos comunes	Los servicios que usted podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedores dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedores fuera de la red (Usted pagará más)	
Si acude a una clínica o al consultorio del proveedor médico	Consulta con el doctor de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Teladoc Health: 20% <u>coseguro</u>
	Consulta con un <u>especialista</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios <u>preventivos/evaluaciones/vacunas</u>	Ningún cargo	40% <u>coseguro</u>	La prueba de A1c estará cubierta al 100%. Usted podría pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> que si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará. Las vacunas de viaje no están cubiertas en el consultorio ni en la clínica.
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
	Imágenes (CT/PET ecografías, MRI)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la cobertura <u>de medicamentos recetados</u> visite www.bcbst.com/rxp	Medicamentos genéricos preferidos / Medicamentos genéricos no preferidos	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Suministro de 30 días para la red de venta al menudeo; un surtido de hasta 90 días para entrega al domicilio o la red Plus90. <u>Copago</u> de \$3/\$25/\$50 por suministro de 30 días para medicamentos genéricos / de marca preferida/de marca no preferida de la lista de medicamentos preventivos.
	Medicamentos de marca preferida	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Suministro de 30 días para la red de venta al menudeo; un surtido de hasta 90 días para entrega al domicilio o la red Plus90. <u>Copago</u> de \$3/\$25/\$50 por suministro de 30 días para medicamentos genéricos / de marca preferida/de marca no preferida de la lista de medicamentos preventivos.
	Medicamento de marca no preferida	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	

Eventos médicos comunes	Los servicios que usted podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedores dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedores fuera de la red (Usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados preferidos / Medicamentos especializados no preferidos</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Suministros de hasta 30 días. Debe acudir a una farmacia que se encuentre dentro de la red de Farmacias Especializadas.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Pago de centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos ambulatorios. Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
	Honorarios para el médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos ambulatorios. Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
Si necesita atención médica de inmediato	<u>Servicios de sala de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica urgente</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
Si lo admiten en el hospital	Pago de centro médico (por ejemplo, habitación en el hospital)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
	Honorarios para el médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
Si necesita servicios psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para el paciente ambulatorio	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere Autorización Previa para la terapia electroconvulsiva (TEC). Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
	Servicios para el paciente interno	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa. Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
Si está embarazada	Consultas en consultorios	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Teladoc Health: 20% <u>coseguro</u>
	Parto/Servicios profesionales de parto	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Este servicio puede estar cubierto bajo el Programa de Atención Especializada. El costo compartido puede variar; utilice un centro de Blue Distinction para obtener el mejor beneficio.
	Parto/Servicios de hospital para partos	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Este servicio puede estar cubierto bajo el Programa de Atención Especializada. El costo compartido puede variar; utilice un centro de Blue Distinction para obtener el mejor beneficio.

Eventos médicos	Los servicios que usted podría	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones, y otra
-----------------	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------

comunes	necesitar	Proveedores dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedores fuera de la red (Usted pagará más)	información importante
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Servicios de atención médica en el hogar</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Consultas ilimitadas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Terapia limitada a 60 consultas por tipo de terapia por año. Rehabilitación cardíaca/pulmonaria limitada a 36 tipos de consultas por año.
	<u>Servicios para la recuperación de las habilidades</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Terapia limitada a 60 consultas por tipo de terapia por año. Rehabilitación cardíaca/pulmonaria limitada a 36 tipos de consultas por año.
	<u>Atención médica de enfermería especializada</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Centro de rehabilitación y enfermería especializada limitada a 60 días combinados por año.
	<u>Equipo médico perdurable</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Autorización previa puede ser requerida para cierto <u>equipo médico perdurable</u> . Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para pacientes internados en una clínica de cuidados paliativos. Si no la obtiene, su parte del costo puede incrementar al 50%.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista del niño	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos Y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos refiérase a su póliza o al documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (para adultos) • Atención dental (para niños) • Aparatos auditivos para adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la esterilidad • Atención médica a largo plazo • Atención médica no urgente cuando viaja fuera de los E.E.U.U. • Enfermería de carácter privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención rutinaria de los ojos (para adultos) • Atención rutinaria de los ojos (para niños) • Cuidado rutinario del pie para personas que no son diabéticas • Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (ciertas limitaciones pueden aplicar a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor vea el documento de su plan).		
• Acupuntura	• Servicios quiroprácticos	• Aparatos auditivos para niños menores de 18 años

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si usted quiere continuar con su cobertura después de que ésta termine. La información de contacto para esas agencias es:

- Para los planes sujetos a ERISA, la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, el número es 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para los planes gubernamentales no federales, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el número es 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.
- Para los planes de iglesia, la División Estatal de Administración de Beneficios al 1-866-576-0029.
- BlueCross al 1-800-565-9140 o www.bcbst.com, o comuníquese con el administrador de su plan.

Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluyendo la compra de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado de Salud, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja en contra de su plan por una reclamación denegada. Esta queja se llama una queja o una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier razón ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con:

- BlueCross al 1-800-565-9140 o www.bcbst.com, o con el administrador de su plan.
- Para los planes sujetos a ERISA, la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, el número es 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- La División Estatal de Administración de Beneficios al 1-866-576-0029.

Además de esto, un programa de asistencia puede ayudarle a presentar su apelación. Puede comunicarse con el Departamento de Comercio y Seguros de Tennessee (TDCI por sus siglas en inglés) al 1-800-342-4029, <https://sbs-tn.naic.org/Lion-Web/servlet/org.naic.sbs.ext.onlineComplaint.OnlineComplaintCtrl?spanishVersion=N>, o a su dirección electrónica de CIS.Complaints@state.tn.us. También puede escribirles al 500 James Robertson Pkwy, Davy Crockett Tower, 4th Floor, Nashville, TN 37243.

¿Provee este plan Cobertura Esencial Mínima? Sí

Si usted no tiene Cobertura Esencial Mínima por un mes, tendrá que hacer el pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito que tiene cobertura médica por ese mes.

¿Cumple este plan con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, podría ser elegible para obtener un crédito de impuestos para la prima para ayudarle a pagar por su plan a través del Mercado de Seguros de Salud.

———*Para ver ejemplos de cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, vea la página siguiente.*———

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son sólo un ejemplo de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de los servicios que reciba, del precio que cobre el proveedor y de muchos otros factores. Concéntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y servicios excluidos bajo su plan. Use esta información para comparar la porción del costo que usted pagaría bajo planes médicos diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual solamente.

Paty va a tener un bebé

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$3,200
■ <u>Coseguro para el especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

El EJEMPLO de este evento incluye servicios

tales como: Consultas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)

Nacimiento/servicios de parto profesionales

Nacimiento/servicio de parto en el hospital

Exámenes de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

Consulta con el especialista (*anestesia*)

Ejemplo del costo total	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Paty pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,200
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,800
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
La cantidad total que Paty pagaría es:	\$5,020

Controlando la diabetes tipo 2 de Juan

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$3,200
■ <u>Coseguro para el especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

El EJEMPLO de este evento incluye servicios

tales como: Consultas con el médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*)

Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos recetados

Equipo médico perdurable (*medidor de glucosa*)

Ejemplo del costo total	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Juan pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
La cantidad total que Juan pagaría es:	\$1,730

Fractura simple de Miriam

(visita a la sala de emergencia y atención de seguimiento)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$3,200
■ <u>Coseguro para el especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

El EJEMPLO de este evento incluye servicios

tales como: Sala de emergencia (*incluyendo suministros médicos*)

Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico perdurable (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Ejemplo del costo total	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Miriam pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
La cantidad total que Miriam pagaría es:	\$2,800

Notificación de no discriminación

BlueCross BlueShield of Tennessee (BlueCross) cumple con las leyes de los derechos civiles federales aplicables y no discrimina debido a la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. BlueCross no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

BlueCross:

- Provee ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como: (1) intérpretes calificados e (2) información escrita en otros formatos, tales como formatos en letra impresa grande, formatos en audio y formatos electrónicos accesibles.
- Provee servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el inglés, tales como: (1) intérpretes calificados e (2) información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con un asesor de consumo al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298 o 711).

Si usted cree que BlueCross ha fallado en proveerle estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede reportar una queja (“Queja de no Discriminación”). Para recibir ayuda con la preparación y presentación de su Queja de no Discriminación, comuníquese con un asesor de consumo al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298 o 711). Ellos le pueden dar el formulario apropiado para usar al presentar la Queja de no Discriminación. Usted puede reportar una Queja de no Discriminación en persona o por correo, fax o correo electrónico. Dirija su Queja de no Discriminación al: Coordinador para el cumplimiento de No Discriminación; a la atención del Gerente, Operaciones, Administración de los Beneficios de los Miembros; 1 Cameron Hill Circle, Suite 0019, Chattanooga, TN 37402-0019; (423) 591-9208 (fax); Nondiscrimination_OfficeGM@bcbst.com (correo electrónico).

Usted también puede reportar una queja de derechos civiles a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de los Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de la Oficina de Quejas de los Derechos Humanos, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de las quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

