



El documento Resumen de beneficios y cobertura (en inglés SBC) 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 acerca del costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) será provista por separado.

Este es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos detallados de cobertura, por favor llámenos al 1-800-565-9140 o visítenos en www.bcbst.com. Para obtener definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#) del Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio www.cciio.cms.gov o llamarnos al 1-800-565-9140 para solicitar una copia. Si usted desea obtener más detalles sobre su cobertura y costos, puede tener acceso a los términos completos en la póliza o documento del plan en www.bcbst.com/sbc/2021/127600/Spanish/B11S-AI2_policy.pdf o llamando al 1-800-565-9140 TTY 1-800-848-0299.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible total?	No pagará nada usando Indian Health Care Provider (IHCP) o usando un referido de un IHCP no afiliado a IHCP; o Dentro de la red: \$6,400 por persona/\$12,800 familiar	Generalmente, usted debe pagar por todos los costos de los proveedores hasta cubrir el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagado por todos los miembros de la familia alcancen el total del deducible familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. El deducible no se aplica a la atención médica preventiva .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, puede ser que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos en el sitio https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de la cantidad a pagar fuera del bolsillo para este plan ?	Dentro de la red: \$8,550 por persona/\$17,100 familiar	El límite para los gastos pagados fuera del bolsillo 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 plan , ellos tienen que cumplir con su propio límite fuera del bolsillo hasta que el monto total del límite fuera del bolsillo de toda la familia haya sido alcanzado.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite fuera del bolsillo ?	Este plan no cubre primas , cargos por saldos facturados, multas y atención médica.	A pesar de que usted paga por estos gastos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de los gastos pagados fuera del bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.bcbst.com/network-s o llámenos al 1-800-565-9140 para obtener una lista de proveedores que se encuentran dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor que se encuentra en la red de su plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de parte del proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como las pruebas de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesito un referido para ver a un especialista ?	No.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita ser referido .



El costo de los [copagos](#) y los [coseguros](#) que se muestran 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
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedores de la red (Usted pagará más)	Proveedores fuera de la red (Usted pagará más)	
Si acude a la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con el médico de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Ningún cargo	Sanitas PCP: \$25 copago /consulta Otro PCPs: 50% coseguro	No está cubierto	No paga costo compartido si usa IHCP no afiliado con un referido de IHCP. Los servicios de Telehealth están disponibles con su plan a través de PhysicianNow.
	Consultas con un especialista	Ningún cargo	50% coseguro	No está cubierto	
	Servicios preventivos / evaluaciones / vacunas	Ningún cargo	Ningún cargo	No está cubierto	Usted podría pagar una (1) vez por año calendario por servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor que si los servicios que usted necesita son preventivos. Después compruebe lo que su plan pagará.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Ningún cargo	50% coseguro	No está cubierto	
	Imágenes (CT/PET ecografías, MRI)	Ningún cargo	50% coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Las multas incluyen la reducción de los beneficios o la negación de la reclamación.

Eventos médicos comunes	Los servicios que usted podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedores de la red (Usted pagará más)	Proveedores fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite www.bcbst.com/EssentialPlusRX	Medicamentos de marca genérica	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Surtido de 30 días para venta al menudeo; un surtido de hasta 90 días para entrega al domicilio o la red Plus90. Copago de \$10 por suministro de 30 días para medicamentos de marca preferidos de la lista de medicamentos preventivos. Los medicamentos preventivos no están sujetos al <u>deducible</u>
	Medicamentos de marca preferida	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los <u>copagos</u> mencionados se aplican a cada surtido de 30 días. Los <u>medicamentos recetados</u> están disponibles en un surtido de 30 días en las farmacias de venta al menudeo y hasta un surtido de 90 días a través de la red de pedido por correo y la red Plus90. Copago de \$35 por suministro de 30 días para medicamentos de marca preferidos de la lista de medicamentos preventivos. Los medicamentos preventivos no están sujetos al <u>deducible</u>
	Medicamentos no preferidos de marca:	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los <u>copagos</u> mencionados se aplican a cada surtido de 30 días. Los <u>medicamentos recetados</u> están disponibles en un surtido de 30 días en las farmacias de venta al menudeo y hasta un surtido de 90 días a través de la red de pedido por correo y la red Plus90. Copago de \$60 por suministro de 30 días para medicamentos de marca preferidos de la lista de medicamentos preventivos. Los medicamentos preventivos no están sujetos al <u>deducible</u>
	Medicamentos especializados	Ningún cargo		<u>Copago de 50%</u> en la red de las farmacias especializadas	No está cubierto
Si tiene una cirugía ambulatoria	Pago de centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos relacionados con el paciente ambulatorio. Las multas incluyen la reducción de los beneficios o la negación de la

Eventos médicos comunes	Los servicios que usted podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedores de la red (Usted pagará más)	Proveedores fuera de la red (Usted pagará más)	
	Honorarios para el médico/cirujano	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	reclamación. Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos relacionados con el paciente ambulatorio. Las multas incluyen la reducción de los beneficios o la negación de la reclamación.
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de sala de emergencia	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	Los beneficios fuera de la red están disponibles solo para verdaderas emergencias; los beneficios fuera de la red que no son emergencia no están disponibles.
	Transporte médico de emergencia	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	50% <u>coseguro</u>	Los beneficios fuera de la red están disponibles solo para verdaderas emergencias; los beneficios fuera de la red que no son emergencia no están disponibles.
	Atención médica urgente	Ningún cargo	Sanitas UC Centro: \$50 <u>copago</u> /consulta Atención médica urgente : 50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los beneficios para la <u>Atención Urgente</u> se determinan por el lugar de servicio. Los beneficios mencionados son para los servicios de <u>atención urgente</u> recibidos en un consultorio médico.
Si le admiten en el hospital	Pago de centro médico (por ejemplo, habitación en el hospital)	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	La autorización previa para los servicios cubiertos debe ser obtenida o los beneficios serán reducidos o negados.
	Honorarios para el médico/cirujano	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	La autorización previa para los servicios cubiertos debe ser obtenida o los beneficios serán reducidos o negados.
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para el paciente ambulatorio	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos relacionados con el paciente ambulatorio. Las multas incluyen la reducción de los beneficios o la negación de la reclamación.
	Servicios para el paciente interno	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Las multas incluyen la reducción de los beneficios o la negación de la reclamación.
Si está embarazada	Consultas en consultorio	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	
	Parto/servicios profesionales	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	La autorización previa para los servicios

Eventos médicos comunes	Los servicios que usted podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedores de la red (Usted pagará más)	Proveedores fuera de la red (Usted pagará más)	
	de parto				cubiertos debe ser obtenida o los beneficios serán reducidos o negados.
	Parto/servicios de parto	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	La autorización previa para los servicios cubiertos debe ser obtenida o los beneficios serán reducidos o negados.
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de atención médica en el hogar	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	
	Servicios de rehabilitación	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Terapia limitada a 20 consultas por tipo por año calendario. Rehabilitación cardíaca/pulmonaria limitada a 36 consultas por año calendario.
	Servicios para la recuperación de las habilidades	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Terapia limitada a 20 consultas por tipo por año calendario.
	Atención médica de enfermería especializada	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Centro de rehabilitación y enfermería especializada limitada a 60 días combinados por año calendario.
	Equipo médico perdurable	Ningún cargo	50% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Se requiere autorización previa para cierto equipo médico perdurable. Las multas incluyen la reducción de los beneficios o la negación de la reclamación.
	Servicios de cuidados paliativos	Ningún cargo	Ningún cargo	No está cubierto	Servicios y suministros médicamente necesarios y apropiados para el cuidado de apoyo cuando la expectativa de vida es de seis meses o menos. La autorización previa para los servicios paliativos para el paciente interno debe ser obtenida o los beneficios serán reducidos o negados.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista del niño	Ningún cargo	Ningún cargo	No está cubierto	Una (1) consulta por año calendario. No se aplica al <u>deducible</u> .
	Anteojos para niños	Ningún cargo	Ningún cargo	No está cubierto	Un (1) artículo por año calendario. No se aplica al <u>deducible</u> .
	Chequeo dental para niños	Ningún cargo	Ningún cargo	No está cubierto	Una (1) consulta cada 6 meses

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los 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">• Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none">• Atención dental (para adultos)• Tratamiento para la esterilidad• Cuidado a largo plazo• Servicios privados de enfermería | <ul style="list-style-type: none">• Atención rutinaria de los ojos (para adultos)• Atención rutinaria de los pies• Programas para la pérdida de peso |
|---|---|--|

Otros servicios cubiertos (las limitaciones se pueden aplicar a estos servicios. Esta es una lista parcial. Por favor consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Servicios quiroprácticos | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Atención médica no urgente cuando viaja fuera de los E.E.U.U. |
|--|---|---|

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted quiere continuar con su cobertura después de que ésta termine. La información de contacto para esas agencias es: 1-800-342-4029 para el departamento de seguros estatal, o la compañía de seguros 1-800-565-9140. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado de Seguros de Salud](#), visite www.HealthCare.gov o llámenos al 1-800-318-2596.

Sus derechos para 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, consulte: su [plan](#) llamándonos al número 1-800-565-9140.

¿Este [plan](#) provee [cobertura esencial mínima](#)? Sí.

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

¿Este [plan](#) cumple con los [estándares de valor mínimo](#)? No aplica.

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](#)

Acceso para servicios lingüísticos:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-565-9140.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-565-9140.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-565-9140 |

Navajo (Navajo, Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-565-9140

——*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.* —————

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 cobren los [proveedores](#) y de muchos otros factores. Por favor concéntrese en los montos del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo su plan. Use esta información para comparar la porción del costo que usted pagaría bajo [planes](#) médicos diferentes. Por favor tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual solamente.

Paty va a tener un bebé

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$6,400
■ <u>Coseguro para el especialista</u>	50%
■ <u>Coseguro de los hospitales (centro)</u>	50%
■ <u>Otro coseguro</u>	50%

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>	\$6,400
■ <u>Coseguro para el especialista</u>	50%
■ <u>Coseguro de los hospitales (centro)</u>	50%
■ <u>Otro coseguro</u>	50%

Fractura sencilla de Miriam

(Consulta en la sala de emergencia y atención de seguimiento)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$6,400
■ <u>Coseguro para el especialista</u>	50%
■ <u>Coseguro de los hospitales (centro)</u>	50%
■ <u>Otro coseguro</u>	50%

El EJEMPLO de este evento incluye servicios tales como:

Consultas en el consultorio del [especialista](#) (*cuidado prenatal*)
Parto/servicios profesionales de parto
Parto/servicios de parto en centros médicos
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
Consultas con el [especialista](#) (*anestesia*)

Ejemplo del costo total	\$12,700
En este ejemplo, Paty pagará:	
<u>Costo compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
La cantidad total que Paty pagaría es:	\$60

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 pagará:	
<u>Costo compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
La cantidad total que Juan pagaría es:	\$20

El EJEMPLO de este evento incluye servicios tales como:

[Cuidado en la 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 pagará:	
<u>Costo compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
La cantidad total que Miriam pagaría es:	\$0

Nota: Estas cantidades suponen que el paciente recibió atención médica de un proveedor afiliado a IHCP o con un referido de un IHCP no afiliado a IHCP". Si recibe atención médica de un proveedor no afiliado a IHCP sin un referido de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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 diferentes 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 le 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. Envíe su Queja de no Discriminación a la siguiente dirección: Nondiscrimination Compliance Coordinator; c/o Manager, Operations, Member Benefits Administration; 1 Cameron Hill Circle, Suite 0019, Chattanooga, TN 37402-0019; (423) 591-9208 (fax); Nondiscrimination_OfficeGM@bcbst.com (email).

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>, <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>