



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte.

Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite [azblue.com/member](http://azblue.com/member) o llame al 1-855-818-0237. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados, consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [healthcare.gov/sbc-glossary](http://healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-818-0237 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Proveedores dentro de la red</u> : <b>\$1,400</b> por miembro y <b>\$2,800</b> por familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , debe alcanzarse el <u>deducible</u> familiar general antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Salvo que se muestre <u>copago</u> , cargo u otro porcentaje, el porcentaje de <u>coseguro</u> del <u>monto permitido</u> que usted paga por la mayoría de los servicios es del 10% <u>dentro de la red</u> y no está cubierto <u>fuera de la red</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. Determinados servicios <u>preventivos dentro de la red</u> y telesalud a través de BlueCare Anywhere están cubiertos antes de que pague su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo en gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	<u>Proveedores dentro de la red</u> : <b>\$3,800</b> por miembro y <b>\$7,600</b> por familia.	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites a los gastos directos del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	Las <u>primas</u> y los costos de atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red médica</u> ?	Sí. Vea <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a> o llame al 1-855-818-0237 para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> no cubre servicios de <u>proveedores fuera de la red</u> , excepto en circunstancias muy limitadas. Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Tenga en mente 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 obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .

 Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor de salud</u>	Visita de <u>atención primaria</u> para tratar una lesión o enfermedad	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . \$10 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> por consultas de telesalud médicas a través de BlueCare Anywhere.  No se cubren los <u>servicios preventivos</u> que no exige la ley estatal o federal. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
	Visita al <u>especialista</u>	10% de <u>coseguro</u>		
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información disponible acerca de la <b><u>cobertura de medicamentos con receta</u></b> en <a href="http://www.azblue.com">www.azblue.com</a>	<u>Medicamentos con receta</u> del Nivel 1	\$10 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, el <u>copago</u> se aplica después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	Algunos medicamentos requieren <u>precertificación</u> y no tendrán cobertura sin ella. El costo por un suministro de 90 días es de 2.5 <u>copagos</u> en una farmacia minorista y 2.5 <u>copagos</u> en una farmacia de pedidos por correo. Los medicamentos por venta minorista, por pedido por correo y suministro de 90 días por venta minorista no están cubiertos <u>fuera de la red</u> . Si los medicamentos genéricos están disponibles, el miembro paga el Nivel 1 de <u>copago</u> más la diferencia de precio con los medicamentos de marcas. Los medicamentos preventivos están cubiertos sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> .
	<u>Medicamentos con receta</u> del Nivel 2	\$50 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, el <u>copago</u> se aplica después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos con receta</u> del Nivel 3	\$100 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, el <u>copago</u> se aplica después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$150 de <u>copago</u> después del <u>deducible</u>	Sin cobertura	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> .
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	10% de <u>coseguro</u>		Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de <u>coseguro</u>		Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> .
	Atención a largo plazo para enfermos agudos (LTAC)	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Límite total de 365 días por LTAC por miembro.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	\$10 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> por consultas de telesalud para asesoramiento y consultas de telesalud para servicios psiquiátricos a través de BlueCare Anywhere.
	Servicios <u>internos</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del <u>SBC</u> (es decir, sonograma). El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos dentro de la red</u> .
	Servicios de parto profesionales			
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar/</u> terapia de infusión en el hogar	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Limitado a 6 horas de atención por miembro por día. Se aplica el límite de 6 horas a menos que sea necesario por motivos médicos.
	<u>Servicios de rehabilitación</u> • EAR = Centro de rehabilitación activa extendida • PT/OT/ST = Terapia física, ocupacional y del lenguaje	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Límite de 180 días por año del <u>plan</u> para servicios en un EAR y un SNF combinados. El <u>plan</u> no cubre la terapia física y ocupacional de grupo
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	
	<u>Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializado (SNF)</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> .
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	10% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que se requiera <u>precertificación</u> .
	<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura
Anteojos para niños		Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos
Chequeo dental pediátrico		Sin cobertura	Sin cobertura	Excluidos

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente **NO** cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Medicina alternativa
- Atención que no es necesaria por motivos médicos
- Cirugía estética, suministros y servicios estéticos
- Atención de custodia
- Servicios odontológicos, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Cargos por alquiler/reparación del equipo médico duradero (DME) que supere el precio de compra
- Tratamientos experimentales y de investigación con las excepciones que se establezcan en el plan
- Anteojos, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Tratamiento y medicamentos para la infertilidad y la fertilidad
- Servicios y tratamiento para el pie plano
- Pruebas cromosómicas y genéticas, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios de habilitación
- Audífonos
- Cuidado de la salud en el hogar y terapia de infusión que exceda las 6 horas de atención por miembro por día; se aplica el límite de 6 horas a menos que sea necesario por motivos médicos.
- Tratamiento como paciente internado en un EAR y tratamiento como paciente internado en un SNF que supere los 180 días combinados por año del plan
- Atención a largo plazo, excepto la atención a largo plazo para enfermos agudos hasta un máximo de 365 días de beneficios del plan
- Terapia de masajes, aparte de la permitida por las pautas de cobertura médica
- Medicamentos por pedido por correo por venta minorista fuera de la red, medicamentos especializados fuera de la red y suministro de medicamentos de 90 días por venta minorista fuera de la red
- No se cubren los servicios preventivos que no exige la ley estatal o federal
- Servicios de enfermería privada
- Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Atención de la vista de rutina
- Cuidado de los pies de rutina
- Servicios, pruebas y procedimientos que están excluidos por las pautas de cobertura médica
- Servicios y tratamiento para la disfunción sexual
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- Las normas federales de continuidad de cobertura COBRA no cubren los planes eclesiásticos. Si se asegura la cobertura, las personas deben comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona (al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix) sobre sus posibles derechos para continuar la cobertura conforme a la ley estatal.

Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-855-818-0237. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Si se asegura la cobertura, también puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.
- Con respecto a los planes de salud grupales que no pertenezcan al gobierno federal y planes eclesiásticos que sean planes de salud grupales, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-855-818-0237. Si se asegura la cobertura, también puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

---

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

### Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$1,400
■ <u>Coseguro del especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
Pruebas diagnósticas  
 (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,400
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,120
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o <u>exclusiones</u>	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,580</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$1,400
■ <u>Coseguro del especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario  
 (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,400</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,400
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$580
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o <u>exclusiones</u>	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,040</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$1,400
■ <u>Coseguro del especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (instalaciones)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,900</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,400
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$50
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o <u>exclusiones</u>	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,450</b>

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



Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. BCBSAZ proporciona ayuda y servicios sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros. BCBSAZ también proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al (602) 864-4884 si habla español y al 1 (877) 475-4799 si habla otros idiomas y para solicitar otro tipo de ayuda y servicios.

Si cree que BCBSAZ no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ, dirigida a: Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Arizona, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466, (602) 864-2288, TTY/TDD (602) 864-4823, [crc@azblue.com](mailto:crc@azblue.com). Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de BCBSAZ está disponible para ayudarle. También puede presentar una reclamación sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de reclamaciones están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SPL12812-0720