

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que paga por servicios cubiertos Cobertura: Individual/Familiar | Tipo de plan: PPO



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) deben compartir el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado la [prima](#)) se proporcionará de forma separada. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bcbsks.com/blueaccess o llame al 1-800-432-3990. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como el [monto permitido](#), [cargos facturados sobre saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.bcbsks.com/blueaccess o llamar al 1-800-432-3990 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$3,500 por persona/\$7,000 por familia. No aplica a atención preventiva que forma parte de la red.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan empiece 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 el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total de la familia.
¿Están cubiertos estos servicios antes de que cumpla con su deducible ?	Sí, atención preventiva.	Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No. No hay otros deducibles específicos.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$7,500 por persona/\$15,000 por familia.	El límite de los gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se haya cumplido con el límite total de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos facturados sobre saldos y atención médica que no cubre este plan . Aplica una multa de 20% por consultar a un médico que no sea PPO hasta \$2,000 por persona/\$4,000 por familia por año.	Aunque pague estos gastos, no contarán para su límite de los gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor que forma parte de la red ?	Sí. Consulte www.bcbsks.com/providerdirectory o llame al 1-800-432-3990 para obtener un listado de los proveedores que formen parte de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor en la red del plan . Usted pagará lo máximo si usa un proveedor que no forma parte de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cobro del proveedor y lo que paga su plan (cargos facturados sobre saldos). Tenga en cuenta que, su proveedor en la red podría usar un proveedor que no forma parte de la red para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita ser referido para ver un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que escoja sin ser referido .

¿Tiene preguntas?: Llame al 1-800-432-3990 o visítenos en www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se ha cumplido con su [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones y excepciones e información importante
		Sus costos si usted usa proveedores que forman parte de la red	Sus costos si usted usa proveedores que no forman parte de la red	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor de servicios de salud	Consulta de atención médica básica para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago/visita	\$35 de copago/visita	Telemedicina: Las visitas al consultorio proporcionadas por medio de Telemedicina se pagarán al 100% del cargo permitido. Todos los otros servicios proporcionados por medio de Telemedicina están sujetos a las mismas disposiciones de Costo compartido que un servicio que no es de Telemedicina.
	Consulta con un especialista	\$70 de copago/visita	\$70 de copago/visita	-----ninguna-----
	Servicios preventivos/evaluaciones /vacunas	\$0. La atención preventiva es sin costo compartido	Deducible, luego 50% de coseguro	Las vacunas especificadas por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición	Nivel 1	\$15 de copago	\$15 de copago	Los medicamentos genéricos son obligatorios si están disponibles.
	Nivel 2	\$40 de copago	\$40 de copago	-----ninguna-----.

[*Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.bcbsks.com.]

¿Tiene preguntas?: Llame al **1-800-432-3990** o visite **www.bcbsks.com**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al **1-800-432-3990** y pida una copia.

Para más información sobre la cobertura de medicamentos con receta está disponible en www.bcbsks.com	Nivel 3	\$75 de copago	\$75 de copago	-----ninguna-----.
	Nivel 4*	Medicamento preferido: \$40 de copago	No está cubierto	Los medicamentos de especialidad se deben obtener de una farmacia de especialidad designada por Blue Cross Blue Shield of Kansas. Si se obtiene en otra farmacia, el medicamento no será elegible para los beneficios.
	Nivel 5*	Medicamento no preferido: \$75 de copago		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Tarifa del médico/cirujano	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$250 de copago, luego deducible y 50% de coseguro	\$250 de copago, luego deducible y 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Transportación médica de emergencia	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Atención médica urgente	\$50 de copago	\$50 de copago	Igual que visita al consultorio. Para los servicios de emergencia, los servicios que no forman parte de la red están sujetos a los beneficios que forman parte de la red.
Si lo admiten al hospital*	Arancel del centro (por ejemplo, habitación del hospital)	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Tarifa del médico/cirujano	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----

[*Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.bcbsks.com.]

¿Tiene preguntas?: Llame al **1-800-432-3990** o visite **www.bcbsks.com**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en **www.cciio.cms.gov** o llame al **1-800-432-3990** y pida una copia.

Si tiene problemas de salud mental, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$35 de copago/visita, otros servicios para pacientes ambulatorios están sujetos al deducible, luego 50% de coseguro	\$35 de copago/visita, otros servicios para pacientes ambulatorios están sujetos al deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios para pacientes internados*	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios del centro para parto/nacimiento	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar*</u>	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	Límites por año calendario: Terapia física, ocupacional, pulmonar, cardíaca: 36 visitas. Del habla: 20 visitas.
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	<u>Atención de enfermería especializada*</u>	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	<u>Equipo médico duradero</u>	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
	<u>Servicios para pacientes terminales*</u>	Deducible, luego 50% de coseguro	Deducible, luego 50% de coseguro	-----ninguna-----
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago aplica según el tipo de proveedor	Copago aplica según el tipo de proveedor	La prueba de detección de la vista para niños menores de 5 años está cubierta al 100% como servicio preventivo.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----ninguna-----
	Consulta dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----ninguna-----

[*Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.bcbsks.com.]

¿Tiene preguntas?: Llame al **1-800-432-3990** o visite **www.bcbsks.com**.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en **www.cciio.cms.gov** o llame al **1-800-432-3990** y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre. (Revise su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| ▪ Acupuntura | ▪ Cirugía bariátrica | ▪ Cirugía cosmética |
| ▪ Cuidado dental (adultos) | ▪ Dispositivos auditivos | ▪ Atención de largo plazo |

Otros servicios cubiertos. (Es posible que apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| ▪ Tratamiento para la infertilidad | ▪ Atención no de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. Vea www.bcbs.com/already-a-member/coverage-home-and-away.html | ▪ Enfermería privada |
| ▪ Cuidado de rutina de la vista (adulto) | | ▪ Manipulaciones de la columna vertebral |
| ▪ Programas para bajar de peso | ▪ Cuidado de rutina de los pies | |

[*Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.bcbsks.com.]

¿Tiene preguntas?: Llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si quiere que continúe su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: Servicio al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Kansas al 1-800-432-3990. También se puede comunicar con su departamento de seguro estatal, el Departamento de Seguros de Kansas, 420 SW 9th Street, Topeka, Kansas 66612-1678, teléfono 800-432-2484, o visite www.ksinsurance.org o el Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También se encuentran disponibles otras opciones de cobertura para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por un rechazo de un [reclamo](#). Esta inconformidad se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, busque en la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para enviar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-432-3990 o puede visitar www.bcbsks.com/blueaccess o el Departamento de Seguros de Kansas, 420 SW 9th Street, Topeka, Kansas 66612-1678, teléfono 800-432-2484, o visite www.ksinsurance.org, o el Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Proporcionará este plan una Cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes y seguro médico](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿Cumple este plan con el Estándar de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [Estándar de valor mínimo](#) usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso del idioma:

Spanish (Español):	Para obtener asistencia en Español, llame al	1-800-432-3990
Tagalog (Tagalog):	Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa	1-800-432-3990
Chinese (中文):	如果需要中文的帮助，请拨打这个号码	1-800-432-3990
Navajo (Dine):	Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne'	1-800-432-3990

—————Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente. —————

[*Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de la póliza en www.bcbsks.com.]

¿Tiene preguntas?: Llame al **1-800-432-3990** o visite www.bcbsks.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al **1-800-432-3990** y pida una copia.

Declaración de divulgación de la PRA: Conforme a la Ley de Reducción de Papeleo (PRA) de 1995, a ninguna persona se le solicita que responda a una recopilación de información, a menos que se despliegue un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta recopilación de información es de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo de revisión de las instrucciones, la búsqueda de recursos de datos existentes, la recopilación de los datos necesarios, y la finalización y revisión del proceso de recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

¿Tiene preguntas?: Llame al **1-800-432-3990** o visite **www.bcbsks.com**

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario en **www.cciio.cms.gov** o llame al **1-800-432-3990** y pida una copia.

Blue Cross and Blue Shield of Kansas is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solamente ejemplos de cómo este [plan](#) debería cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Por favor, tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solamente en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal y un parto en el hospital que forma parte de la red)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de control rutinario de la enfermedad bien controlada con proveedores que forman parte de la red)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias que forma parte de la red y atención de seguimiento)	
■ El deducible general del plan	\$3,500	■ El deducible total del plan	\$3,500	■ El deducible total del plan	\$3,500
■ Copago del especialista	\$70	■ Copago del especialista	\$70	■ Copago del especialista	\$70
■ Coseguro del hospital (centro)	50%	■ Coseguro del hospital (centro)	50%	■ Coseguro del hospital (centro)	50%
■ Otro coseguro	50%	■ Otro coseguro	50%	■ Otro coseguro	50%
Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:	
Visitas al consultorio de un especialista (cuidado prenatal)		Visitas al consultorio del médico de atención médica primaria (incluyendo educación para enfermedades)		Atención en la sala de emergencia (incluyendo insumos médicos)	
Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño		Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)		Prueba de diagnóstico (radiografías)	
Servicios del centro para el parto/nacimiento del niño		Medicamentos con receta		Equipo médico duradero (muletas)	
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)		Equipo médico duradero		Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
Visita al especialista (anestesia)					
Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,810
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$3,500	Deducibles	\$1,200	Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0	Copagos	\$900	Copagos	\$10
Coseguro	\$2,850	Coseguro	\$0	Coseguro	\$0
<i>Lo que no tiene cobertura</i>		<i>Lo que no tiene cobertura</i>		<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es de	\$6,410	El total que pagaría Joe es de	\$2,120	El total que pagaría Mia es de	\$2,810

El [plan](#) será responsable de los demás costos de este EJEMPLO de servicios cubiertos.

¿Tiene preguntas?: Llame al 1-800-432-3990 o visite www.bcbsks.com

Si no entiende alguno de los términos subrayados, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o

llame al 1-800-432-3990 y pida una copia.

Blue Cross and Blue Shield of Kansas is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.