




⚠ 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 azblue.com/member. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-855-818-0237 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ? | Dentro de la red: \$300 por individuo o \$900 por familia. Fuera de la red: \$1,200 por individuo o \$3,600 por familia. | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general. Salvo que se muestre un <u>copago</u> , cargo u otro porcentaje, el porcentaje de <u>coseguro</u> de la <u>cantidad permitida</u> que usted paga por la mayoría de los servicios es del 15% <u>dentro de la red</u> y del 50% <u>fuera de la red</u> . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. Determinados <u>servicios preventivos dentro de la red</u> ; <u>atención primaria dentro de la red</u> y consultas con un <u>especialista</u> ; <u>medicamentos con receta médica</u> ; consultas de <u>atención de urgencia dentro de la red</u> ; <u>servicios en un programa de cuidados paliativos</u> para pacientes hospitalizados <u>dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad 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</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Dentro de la red: \$4,000 por individuo u \$8,000 por familia. Fuera de la red: sin límite . | El <u>límite de gastos de 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 de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>precertificación fuera de la red</u> , las <u>facturaciones de saldo</u> y los costos de atención médica que no cubre este <u>plan</u> . | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|--|--|--|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Vea www.azblue.com o llame al 1-855-818-0237 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> . | 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> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</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 una <u>derivación para atenderse con un especialista</u> ? | No. | Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia 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 | \$25 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . El <u>copago del médico de atención primaria (PCP)</u> se aplica a la mayoría de los servicios quiroprácticos. Sin cargo para consultas de telesalud médicas a través de BlueCare Anywhere SM . |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$35 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | | |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin cargo, no se aplica el <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | <u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 15% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . No se aplica el <u>costo compartido</u> si solo se recibe servicio de laboratorio durante la visita al consultorio médico. El <u>costo compartido</u> varía según el lugar en que se proporcione el servicio y el tipo de <u>proveedor</u> y estado en la <u>red</u> . |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | | | |

| 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 <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.azblue.com . | Nivel 1 (Medicamentos genéricos) | \$10 de <u>copago</u> por un suministro de 30 días, no se aplica el <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 <u>copagos</u> en una farmacia por pedido por correo. Los medicamentos por pedido por correo no están cubiertos <u>fuera de la red</u> . Si un medicamento genérico está disponible, pague el <u>copago</u> del Nivel 1 (medicamentos genéricos) más la diferencia de precio entre la <u>cantidad permitida</u> de los medicamentos de marca. |
| | Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos) | 20% de <u>coseguro</u> (<u>copago</u> mínimo de \$25, <u>copago</u> máximo de \$80) por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u> | | |
| | Nivel 3 (Medicamentos de marca no preferidos) | 40% de <u>coseguro</u> (<u>copago</u> mínimo de \$40, <u>copago</u> máximo de \$110) por un suministro de 30 días, no se aplica el <u>deducible</u> | | |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | 20% de <u>coseguro</u> (<u>copago</u> mínimo de \$100, <u>copago</u> máximo de \$150), no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 15% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . <u>Copago</u> adicional de \$250 para todas las cirugías bariátricas <u>dentro de la red</u> . |
| | Tarifas del médico/cirujano | | 50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u> | |

| 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 atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencias</u> | 15% de <u>coseguro</u> | | Si es admitido como paciente hospitalizado en el hospital, usted paga <u>deducible</u> y <u>coseguro</u> para pacientes hospitalizados. La admisión con fines de observación no se considera hospitalización. Los <u>proveedores fuera de la red</u> no pueden <u>facturar el saldo</u> por la diferencia entre la <u>cantidad permitida</u> y el cargo facturado. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Tarifas de acceso de \$200 y 15% de <u>coseguro</u> | | Las tarifas de acceso se aplican para el transporte aéreo. |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$75 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | El <u>copago</u> se aplica únicamente a los centros contratados específicamente para brindar <u>atención de urgencia</u> . |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Tarifas de acceso de \$250 y 15% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | Tarifas de acceso de \$300, 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . <u>Copago</u> adicional de \$250 para todas las cirugías bariátricas <u>dentro de la red</u> . |
| | Tarifas del médico/cirujano | 15% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u> | |
| | Atención a largo plazo para enfermos agudos | Tarifas de acceso de \$250 y 15% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | Tarifas de acceso de \$300, 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Límite total de 365 días por atención a largo plazo para enfermos agudos (LTAC) por miembro. |

| 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 | <u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 15% de <u>coseguro</u> . La cantidad del <u>copago</u> varía según el <u>PCP/especialista</u> . | 50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . El <u>copago</u> se aplica a las visitas a clínicas sin cita previa, a domicilio y al consultorio. El <u>coseguro</u> se aplica a todas las demás ubicaciones. Sin cargo para consultas de telesalud para asesoramiento y consultas de telesalud para servicios psiquiátricos cubiertas a través de BlueCare Anywhere SM . |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Tarifas de acceso de \$250 y 15% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | \$300 de tarifas de acceso, 50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | | 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Se cobra únicamente un <u>copago</u> por los servicios incluidos en los cargos generales del médico que atiende el parto. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del <u>SBC</u> (es decir, ecografía). El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos dentro de la red</u> . |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | <u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 15% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> y es posible que se aplique la <u>facturación de saldo</u> | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Tarifas de acceso de \$250 y 15% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | Tarifas de acceso de \$300, 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | |

| 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 ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <u>Atención médica en el hogar/terapia de infusión en el hogar</u> | 15% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Límite de 60 visitas de atención por miembro. Se excluye la atención de custodia. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> • EAR = centro de rehabilitación activa extendida • PT/OT/ST/CT/PR = fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia cardíaca y <u>rehabilitación</u> pulmonar | EAR: tarifas de acceso de \$250 y 15% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | EAR: tarifas de acceso de \$300 y 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . Límite de 60 días por año calendario para un EAR y 60 días por año calendario para un SNF. PT/OT/ST limitada a 60 visitas cada una por año calendario. El <u>plan</u> no cubre la fisioterapia y la terapia ocupacional de grupo. |
| | | PT/OT/ST/CT/PR: \$30 de <u>copago</u> | PT/OT/ST/CT/PR: 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin cobertura | Sin cobertura | |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> en un centro de enfermería especializado (SNF) | Tarifas de acceso de \$250 y 15% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | Tarifas de acceso de \$300, 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | <u>Copago</u> de visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> o 15% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | |

| 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) | |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Para pacientes ambulatorios: 15% de <u>coseguro</u> | Para pacientes ambulatorios: 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | Es posible que se requiera <u>precertificación</u> . Cargo de \$500 o se puede denegar la reclamación si no se obtiene <u>precertificación</u> para servicios <u>fuera de la red</u> . |
| | | Para pacientes hospitalizados: Tarifas de acceso de \$250 y 15% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> | Para pacientes hospitalizados: tarifas de acceso de \$300, 50% de <u>coseguro</u> y <u>facturación de saldo</u> | |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Excluido. <u>Exámenes</u> para miembros menores de 5 años cubiertos bajo " <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u> ". |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Excluidos. |
| | Control dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | 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).

- Acupuntura
- Medicina alternativa
- Atención que no es necesaria por motivos médicos
- Cirugía estética, suministros y servicios estéticos
- Atención de custodia
- Atención dental, excepto accidentes dentales
- 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, excepto después de una cirugía de cataratas
- Tratamiento y medicamentos para la infertilidad y la fertilidad
- Servicios y tratamiento para el pie plano, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Pruebas cromosómicas y genéticas, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Servicios de habilitación
- La terapia de infusión y la atención médica en el hogar que excedan las 60 visitas por miembro por año calendario
- El tratamiento de un paciente hospitalizado en un EAR que exceda los 60 días por año calendario y el tratamiento de un paciente hospitalizado en un SNF que exceda los 60 días por año calendario
- 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 fuera de la red, medicamentos de especialidad fuera de la red
- No se cubren los servicios preventivos que no exige la ley estatal o federal
- Servicios de enfermería privada
- PT/OT/ST que excedan las 60 visitas cada uno por año calendario
- Apoyo familiar, con las excepciones que se establezcan en el plan
- Atención de los pies de rutina
- Examen de la vista de rutina
- Servicios, exámenes 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 (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos, limitados a un audífono por miembro, por oído, cada 3 años calendario
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Con respecto a la cobertura de salud grupal sujeta a la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, 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.
- 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 a través del sitio web 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.

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.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo 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:

- 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. 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 su cobertura, también puede comunicarse con su Departamento de Seguros de Arizona al 602-364-2499, o 1-800-325-2548 en Arizona pero fuera del área de Phoenix o en <https://difi.az.gov/consumer/i/health>.


¿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.

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 deducible general del plan \$300
- Copago al especialista \$35
- Coseguro del hospital (establecimiento) 15%
- Otro coseguro 15%

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:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$300 |
| <u>Copagos</u> | \$630 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,240 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$50 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,220 |

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$300
- Copago al especialista \$35
- Coseguro del hospital (establecimiento) 15%
- Otro coseguro 15%

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 médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| <u>Deducibles</u> | \$50 |
| <u>Copagos</u> | \$770 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$0 |

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$300
- Copago al especialista \$35
- Coseguro del hospital (establecimiento) 15%
- Otro coseguro 15%

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:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>Deducibles</u> | \$300 |
| <u>Copagos</u> | \$180 |
| <u>Coseguro</u> | \$250 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$730 |

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de 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 permitir 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.

SPL19618-0723