

**Trinidad Benham BlueClassic PPO 11 Custom**

 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. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://coc.anthem.com/eocdps/aso>. 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/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al (877) 811-3106 para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | Por qué es importante:  |
|---|--|---|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?  | \$1,000/ miembro o \$2,000/familia para dentro de la <a href="#">red Proveedores</a> . \$2,000/miembro o \$4,000/familia para fuera de la <a href="#">red Proveedores</a> .  | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagado por todos los miembros de la familia <a href="#">alcance</a> el <a href="#">deducible</a> familiar total.   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Atención primaria. Visita <a href="#">Specialist</a> . <a href="#">Atención preventiva</a> . Determinados <a href="#">medicamentos</a> <a href="#">recetados</a> . Lea más abajo para obtener más información. | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.  | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.   |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | \$4,000/miembro o \$8,000/familia para dentro de la <a href="#">red Proveedores</a> . \$11,200/miembro o \$22,400/familia para fuera de la <a href="#">red Proveedores</a> .                                       | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar sus propios límites de <a href="#">gastos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el límite de <a href="#">gastos de bolsillo</a> familiar total.   |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | Sanciones por falta de <a href="#">preautorización</a> , <a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> , atención médica no cubierta este <a href="#">plan</a> .                         | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a>   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| ¿Pagará menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red</b> ?             | Sí, PPO. Consulte <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> o llamar a (877) 811-3106 para obtener una lista de <b>Proveedores</b> de <b>red</b> . Los costos varían según el centro de servicios y cómo facture el proveedor. | Este <b>plan</b> usa una <b>red</b> de <b>Proveedores</b> . Usted pagará menos si usa un <b>proveedor</b> que pertenece a la <b>red</b> del <b>plan</b> . Pagará el monto más alto si usa un <b>proveedor fuera de la red</b> , y podría recibir una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <b>plan</b> ( <b>saldo de facturación</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor</b> de la <b>red</b> podría usar un <b>Proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <b>proveedor</b> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una <b>derivación</b> para atenderse con un <b>especialista</b> ? | No.   | Puede ver al <b>especialista</b> que usted elija sin una <b>derivación</b> .  |



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**.

| Circunstancia médica común                             | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted pagará                                 |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |   |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión      | \$25/visita el <b>deducible</b> no se aplica        | 40% de <b>coseguro</b>                             | Se pueden aplicar otros cargos compartidos según los servicios proporcionados. Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.  |
|  | Visita al <b>especialista</b>  | \$50/visita el <b>deducible</b> no se aplica        | 40% de <b>coseguro</b>                             | Se pueden aplicar otros cargos compartidos según los servicios proporcionados. Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.  |
|  | <b>Atención preventiva/examen colectivo</b> /vacuna                                | Sin cargo   | 40% de <b>coseguro</b>                             | Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <b>proveedor</b> si los servicios que necesita son preventivos. Después consulte qué pagará su <b>plan</b> . |
| <b>Si se realiza un examen</b>                         | <b>Exámenes de diagnóstico</b> (radiografías, análisis de sangre)                  | 20% de <b>coseguro</b>                              | 40% de <b>coseguro</b>                             | -----ninguna-----   |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 20% de <b>coseguro</b>                              | 40% de <b>coseguro</b>                             | -----ninguna-----   |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del **plan** o de la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|--|---|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)                |   |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a> | Nivel 1 - Normalmente medicamentos genéricos  | \$10/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (farmacia minorista) y \$20/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (programa de entrega a domicilio)   | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) | Es posible que se requiera una certificación previa para determinados <a href="#">medicamentos recetados</a> . Tenga en cuenta que determinados medicamentos <a href="#">especializados</a> solo están disponibles en la farmacia <a href="#">especializada</a> , y no podrá obtenerlos en una farmacia minorista ni a través de la farmacia de entrega a domicilio (pedido por correo). Para más información, consulte “Lista National Direct de Medicamentos” en <a href="http://www.anthem.com/pharmacyinformation/">http://www.anthem.com/pharmacyinformation/</a><br>*Consulte la sección sobre medicamentos recetados de su evidencia de cobertura, disponible en el pie de página más abajo. |
|  | Nivel 2 - Normalmente medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos | \$30/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (farmacia minorista) y \$60/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (programa de entrega a domicilio)   | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) |   |
|  | Nivel 3 - Normalmente medicamentos genéricos y de marca no preferidos                         | \$50/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (farmacia minorista) y \$100/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (programa de entrega a domicilio)  | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) |   |
|  | Nivel 4 - Normalmente medicamentos especializados (de marca y genéricos)                      | 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$250/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (farmacia minorista) y 20% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$500/receta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica (programa de entrega a domicilio) | Sin cobertura (venta minorista y programa de entrega a domicilio) |   |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                                   | -----ninguna-----   |
|  | Honorarios del médico/cirujano  | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                                   | -----ninguna-----   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>  | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | Cubierto dentro de la <a href="#">red</a>                         | -----ninguna-----   |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>   | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | Cubierto dentro de la <a href="#">red</a>                         | -----ninguna-----   |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>  | \$50/visita el <a href="#">deducible</a> no se aplica  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                                   | Se pueden aplicar otros cargos compartidos según los servicios proporcionados.  |
| <b>Si necesita hospitalización</b>   | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)                                       | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                                   | 150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados.  |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|---|---|
|  |  | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)  |   |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | 20% de <a href="#">coseguro</a>   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   | -----ninguna-----   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>    | Sevicios ambulatorios  | Visita de oficina<br>\$25/visita el <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Otro ambulatorio<br>20% de <a href="#">coseguro</a> | Visita de oficina<br>40% de <a href="#">coseguro</a><br>Otro ambulatorio<br>40% de <a href="#">coseguro</a> | Visita de oficina<br>Los beneficios de visitas virtuales (Telehealth) están disponibles.<br>Otro ambulatorio<br>-----ninguna-----   |
|  | Servicios internos   | 20% de <a href="#">coseguro</a>   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   | -----ninguna-----   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio   | \$25/embarazo el <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   | Un <a href="#">copago</a> por embarazo para visitas a consultorio y Servicios de parto profesionales. La atención de maternidad incluye pruebas y servicios descritos en otros sitios del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) (p.ej..ecografías). |
|  | Servicios de parto profesionales                                       | \$25/embarazo el <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   |   |
|  | Servicios de instalaciones de partos profesionales                     | 20% de <a href="#">coseguro</a>   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   |   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | 20% de <a href="#">coseguro</a>   | Sin cobertura   | 60 visitas/periodo de beneficio para Cuidado de la salud en el hogar y servicios de enfermería privada combinados.  |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | \$25/visita el <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   | 20 visitas cada uno para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional/periodo de beneficio.  |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | \$25/visita el <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   | Las visitas para recuperación de las habilidades se toman en cuenta para alcanzar el límite de rehabilitación.  |
|  | <a href="#">Cuidado de enfermería</a>                                  | 20% de <a href="#">coseguro</a>   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   | 150 días/periodo de beneficio para de rehabilitación para pacientes internados y los servicios de enfermería especializada combinados.  |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 20% de <a href="#">coseguro</a>   | Sin cobertura   | *Consulte la sección <a href="#">Equipo médico duradero</a>   |
|  | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | 20% de <a href="#">coseguro</a>   | 40% de <a href="#">coseguro</a>   | -----ninguna-----   |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará                                 |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--------------------------------|---|---|--|
|   |                                | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)        |  |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista pediátrico  | Sin cargo   | Copago de \$0 hasta alcanzar la cantidad máxima aprobada. | * Consulte la sección sobre servicios de la visión de su evidencia de cobertura, disponible en el pie de página más abajo. |
|   | Anteojos para niños            | Sin cobertura                                       | Sin cobertura   | * Consulte la sección sobre servicios de la visión de su evidencia de cobertura, disponible en el pie de página más abajo. |
|   | Chequeo dental pediátrico      | Sin cobertura                                       | Sin cobertura   | -----ninguna-----  |

#### 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](#).)

- Anteojos para niños
- Atención dental (pediátrico)
- Consulta dental
- [Preautorización](#): Es posible que deba pagar la totalidad o una parte de cualquier prueba, equipo, servicio o procedimiento que no haya sido preautorizado. Comuníquese con nosotros para conocer qué debe autorizarse previamente y si se ha otorgado la autorización previa.
- Atención a largo plazo
- Cirugía bariátrica
- Cuidado rutinario de los pies a menos que se le haya diagnosticado diabetes
- Programas para bajar de peso
- Atención dental (adultos)
- Cirugía cosmética
- Dispositivo para la audición (18+)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

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

- Acupuntura 20 visitas/periodo de beneficio en forma combinada con terapia de masajes
- La mayor parte de la cobertura se brinda fuera de los Estados Unidos  
[www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com)
- Atención de rutina de la vista (adultos) 1 examen/periodo de beneficios
- Servicios de enfermería privada 60 visitas/periodo de beneficio combinados con atención médica domiciliaria
- Atención quiropráctica 20 visitas/periodo de beneficio
- Tratamiento para la infertilidad

**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: Division of Insurance, ICARE Section, 1560 Broadway, Suite 850, Denver, Colorado 80202, (303) 894-7490, Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o comuníquese con Anthem al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://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](#). por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

ATTN: Grievances and Appeals, 700 Broadway, Mail Stop CO0104-0430, Denver, CO 80273

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform)

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí/No**

La [cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye [planes, seguros, médicos](#) disponible 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/No**

su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#)

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección sección.*

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) dentro 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 va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Especialistas Copago](#) \$50
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> |  |
|---------------------------|--|
|---------------------------|--|

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$1,000 |
|----------------------------|---------|

|                         |      |
|-------------------------|------|
| <a href="#">Copagos</a> | \$40 |
|-------------------------|------|

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$1,800 |
|--------------------------|---------|

| <i>Lo que no está cubierto</i> |  |
|--------------------------------|--|
|--------------------------------|--|

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,900</b> |
|------------------------------------|----------------|

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Especialistas Copago](#) \$50
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

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 desangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> |  |
|---------------------------|--|
|---------------------------|--|

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$100 |
|----------------------------|-------|

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| <a href="#">Copagos</a> | \$1,300 |
|-------------------------|---------|

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$0 |
|--------------------------|-----|

| <i>Lo que no está cubierto</i> |  |
|--------------------------------|--|
|--------------------------------|--|

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,420</b> |
|------------------------------------|----------------|

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- [Especialistas Copago](#) \$50
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguro](#) 20%

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*)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$2,800</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> |  |
|---------------------------|--|
|---------------------------|--|

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$1,000 |
|----------------------------|---------|

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| <a href="#">Copagos</a> | \$300 |
|-------------------------|-------|

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$200 |
|--------------------------|-------|

| <i>Lo que no está cubierto</i> |  |
|--------------------------------|--|
|--------------------------------|--|

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,500</b> |
|------------------------------------|----------------|

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

## Language Access Services:

(TTY/TDD: 711)

**Albanian (Shqip):** Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (877) 811-3106

**Amharic (አማርኛ):** ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (877) 811-3106 ይደውሉ።

**Arabic (العربية):** إذا كان لديك أي استفسارات بشأن هذا المستند، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون مقابل. للتحدث إلى مترجم، اتصل على (877) 811-3106.

**Armenian (հայերեն).** Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվճար ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (877) 811-3106:

**Bassa (Básó Wùdù):** M̄ dyi dyi-diè-djè b̄é b̄édjé bá céè-djè nià ke dyí ní, ɔ m̄ò ni dyí-b̄èdjèin-djè b̄é m̄ ké gbo-kpá-kpá kè b̄ǎ kpǎ djé m̄ bídí-wùdùùn b̄ó pídyi. B̄é m̄ ké wuɖu-zìin-nyò djò gbo wùdù ke, djá (877) 811-3106.

**Bengali (বাংলা):** যদি এই নথিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা বলার জন্য (877) 811-3106 -তে কল করুন।

**Burmese (မြန်မာ):** ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖု (877) 811-3106 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

**Chinese (中文):** 如果您對本文件有任何疑問，您有權使用您的語言免費獲得協助和資訊。如需與譯員通話，請致電(877) 811-3106。

**Dinka (Dinka):** Na nɔŋ thiëc nē ke de yā thorē, ke yin nɔŋ loŋ bē yi kuony ku wēr alēu bē gēer yic yin ne thoŋ du ke cin wēu tāäuē ke piny. Te kōr yin ba jam wēnē ran ye thok geryic, ke yin cōl (877) 811-3106.

**Dutch (Nederlands):** Bij vragen over dit document hebt u recht op hulp en informatie in uw taal zonder bijkomende kosten. Als u een tolk wilt spreken, belt u (877) 811-3106.

## Language Access Services:

**Farsi (فارسی):** در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه‌ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (877) 811-3106 تماس بگیرید.

**French (Français):** Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (877) 811-3106.

**German (Deutsch):** Wenn Sie Fragen zu diesem Dokument haben, haben Sie Anspruch auf kostenfreie Hilfe und Information in Ihrer Sprache. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, bitte wählen Sie (877) 811-3106.

**Greek (Ελληνικά):** Αν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με το παρόν έγγραφο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διερμηνέα, τηλεφωνήστε στο (877) 811-3106.

**Gujarati (ગુજરાતી):** જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ ખર્ચ વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો (877) 811-3106.

**Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen):** Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele (877) 811-3106.

**Hindi (हिंदी):** अगर आपके पास इस दस्तावेज़ के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आपको निःशुल्क अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिये से बात करने के लिए, कॉल करें (877) 811-3106 ।

**Hmong (White Hmong):** Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntawv no, koj muaj cai tau txais kev pab thiab lus qhia hais ua koj hom lus yam tsim xam tus nqi. Txhawm rau tham nrog tus neeg txhais lus, hu xov tooj rau (877) 811-3106.

**Igbo (Igbo):** Ọ bụr ụ na ị nwere ajụjụ ọ bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Ka gị na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ (877) 811-3106.

**Ilokano (Ilokano):** Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lenguahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti (877) 811-3106.

**Indonesian (Bahasa Indonesia):** Jika Anda memiliki pertanyaan mengenai dokumen ini, Anda memiliki hak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Untuk berbicara dengan interpreter kami, hubungi (877) 811-3106.

**Italian (Italiano):** In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero (877) 811-3106

## Language Access Services:

**Japanese (日本語):** この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには (877) 811-3106 にお電話ください。

**Khmer (ខ្មែរ):** បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីជ្រកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ(877) 811-3106 ។

**Kirundi (Kirundi):** Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata gicro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (877) 811-3106.

**Korean (한국어):** 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(877) 811-3106 로 문의하십시오.

**Lao (ພາສາລາວ):** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ນລັກວ່າມແບພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (877) 811-3106.

**Navajo (Diné):** Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idílkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjí bee nił hodoonih t'áadoo báąh ilinígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'í' hadeesdzih nínízingo kojí' hodiilnih (877) 811-3106.

**Nepali (नेपाली):** यदि यो कागजातबारे तपाईंसँग केही प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नै भाषामा निःशुल्क सहयोग तथा जानकारी प्राप्त गर्न पाउने हक तपाईंसँग छ। दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि, यहाँ कल गर्नुहोस्(877) 811-3106

**Oromo (Oromifaa):** Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (877) 811-3106 bilbilla.

**Pennsylvania Dutch (Deutsch):** Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Hilfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff (877) 811-3106 aa.

## Language Access Services:

**Polish (polski):** W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer (877) 811-3106.

**Portuguese (Português):** Se tiver quaisquer dúvidas acerca deste documento, tem o direito de solicitar ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo. Para falar com um intérprete, ligue para (877) 811-3106.

**Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ):** ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ (877) 811-3106 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Romanian (Română):** Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic (877) 811-3106.

**Russian (Русский):** Если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. (877) 811-3106.

**Samoan (Samoa):** Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totagi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili (877) 811-3106.

**Serbian (Srpski):** Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim dokumentom, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na vašem jeziku bez ikakvih troškova. Za razgovor sa prevodiocem, pozovite (877) 811-3106.

**Spanish (Español):** Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al (877) 811-3106.

**Tagalog (Tagalog):** Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang (877) 811-3106.

**Thai (ไทย):** หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (877) 811-3106 เพื่อพูดคุยกับล่าม

**Ukrainian (Українська):** якщо у вас виникають запитання з приводу цього документа, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу й інформацію вашою рідною мовою. Щоб отримати послуги перекладача, зателефонуйте за номером: (877) 811-3106.

## Language Access Services:

**Urdu (اردو):** اگر اس دستاویز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہے، تو آپ کو مدد اور اپنی زبان میں مفت معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے، (877) 811-3106 پر کال کریں۔

**Vietnamese (Tiếng Việt):** Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi (877) 811-3106.

**(Yiddish) (אידיש):** אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט (877) 811-3106.

**Yoruba (Yorùbá):** Tí o bá ní èyíkẹyí ibèrè nípa àkọsílẹ̀ yí, o ní ẹ̀tọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lọ́fẹ́ẹ̀. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọ̀rọ̀, pe (877) 811-3106.

### Es importante que lo tratemos de manera justa

Esta es la razón por la cual aplicamos las leyes federales sobre derechos civiles en todos nuestros programas y actividades de atención de la salud. No discriminamos, no excluimos a las personas, ni tampoco las tratamos diferente por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En el caso de personas con algún tipo de discapacidad, ofrecemos servicios de asistencia gratuitos. En el caso de personas cuyo idioma nativo no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia con el idioma a través de intérpretes y documentos escritos en otros idiomas. ¿Está interesado en estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos logrado ofrecer estos servicios adecuadamente o ha sido discriminado(a) por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación, a la que también se conoce como “queja formal”. Para presentar su reclamación ante nuestro Coordinador de Cumplimiento (Compliance Coordinator), escribanos a Compliance Coordinator P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O bien, puede presentar una reclamación ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llamando por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o por Internet a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>