




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 [www.bluecrossnc.com/manuales](http://www.bluecrossnc.com/manuales). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad aprobada, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-uniform-glossary-spanish.pdf> o llamar al 1-877-258-3334 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	Dentro de la red: \$5,000 por persona/ \$5,000 por cada miembro de la familia/\$10,000 total familiar.	Por lo general, usted debe pagar todos los gastos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia afiliados al plan, cada uno de ellos debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y la mayoría de los servicios que puedan requerir un copago.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque no haya cumplido con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos servicios de <u>atención preventiva</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte la lista de servicios de <u>atención preventiva</u> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que cumpla con deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$9,100 por persona/\$9,100 por cada miembro de la familia/ \$18,200 por familia.	El <u>límite de gastos médicos personales</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos médicos personales</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos médicos</u> familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	No incluye <u>primas</u> , <u>saldos de facturación</u> , servicios que este <u>plan</u> de seguro no cubre ni penalizaciones por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios.	A pesar de que usted paga estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de gastos médicos personales</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://bluecrossnc.com/encontraratencion">bluecrossnc.com/encontraratencion</a> o llame al 1-877-258-3334 para ver una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la red del <u>plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y puede que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su plan paga ( <u>saldo de facturación</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
		servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir estos servicios.
<b>¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?</b>	No.	Usted puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección 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)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 copago	No cubre	Inicie sesión en Blue Connect para seleccionar su proveedor de atención primaria (PCP). No paga copago para sus primeras 3 consultas con su PCP seleccionado.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$70 copago	No cubre	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	No cubre	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego compruebe lo que su <u>plan</u> pagará. Puede haber límites.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	30% coseguro	No cubre	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% coseguro	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más	Medicamentos del nivel 1	\$10 copago	No cubre	
	Medicamentos del nivel 2	\$35 copago	No cubre	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en bluecrossnc.com/manuales

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)	
información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://es.bluecrossnc.com/medicamentos">es.bluecrossnc.com/medicamentos</a>	Medicamentos del nivel 3	\$60 copago	No cubre	Se puede requerir <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán. El copago corresponde a un suministro de 30 días. *Consulte la sección de <u>medicamentos con receta</u> .
	Medicamentos del nivel 4	25% coseguro	No cubre	
	Medicamentos del nivel 5	25% coseguro	No cubre	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% coseguro	No cubre	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	30% coseguro	No cubre	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$500/sin hospitalización; 30% coseguro/con hospitalización.	\$500/sin hospitalización; 30% coseguro/con hospitalización.	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30% coseguro	30% coseguro	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$70 copago	No cubre	-Usted paga un copago de \$70 al consultar cualquier proveedor de atención de urgencias fuera del área del producto HPN
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% coseguro	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	Tarifas del médico/cirujano	30% coseguro	No cubre	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10/ cita en el consultorio; 30% coseguro/paciente ambulatorio	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.

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)	
<b>conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes hospitalizados	30% coseguro	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	30% coseguro	No cubre	*Consulte la sección de planificación familiar.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% coseguro	No cubre	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% coseguro	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	30% coseguro	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$70 copago/ cita en el consultorio; 30% coseguro/paciente ambulatorio	No cubre	*Vea la sección de terapias. 30 consultas combinadas para servicios de terapia física, terapia física u ocupacional. 30 consultas para terapia del habla. 20 consultas de servicios quiroprácticos. Los límites de consultas no se aplican a los diagnósticos de enfermedades mentales.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$70 copago/ cita en el consultorio; 30% coseguro/paciente ambulatorio	No cubre	Los servicios de habilitación se combinan con los límites del servicio de rehabilitación enumerados anteriormente.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30% coseguro	No cubre	La cobertura tiene un límite de 60 días. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% coseguro	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán. Puede haber límites.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	30% coseguro	No cubre	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.

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)	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No cubre	No cubre	Servicio excluido
	Anteojos para niños	No cubre	No cubre	Servicio excluido
	Control dental para niños	No cubre	No cubre	Servicio 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).**

- |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Programas para perder peso</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (adulto)</li> <li>• Atención rutinaria de la vista (adulto)</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Otros servicios cubiertos. (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- |                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Enfermería particular</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Atención rutinaria del pie que no sea paliativa o cosmética</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es Department of Labor's Employee Benefits Security Administration en el 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o contacte a Blue Cross NC al 1-877-258-3334 o [www.BlueConnectNC.com](http://www.BlueConnectNC.com). 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.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarle 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 BlueCross NC al 1-877-258-3334 o [www.BlueConnectNC.com](http://www.BlueConnectNC.com). También podría contactar al N.C. Department of Insurance en el 1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-1201 o llamar al número gratuito (855)-408-1212. También puede recibir asistencia del Department of Labor's Employee Benefits Security Administration en el 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), si corresponde.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con Health Insurance Smart NC, N.C. Department of Insurance, en 1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-1201, 855-408-1212 (línea gratuita).

### ¿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.

### Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-258-3334.

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-258-3334.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-258-3334.

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-258-3334

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

**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 \$5,000
- Copago del especialista \$70
- Coseguro del establecimiento 30%
- Otro coseguro 30%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	<b>\$5,000</b>
<u>Copagos</u>	<b>\$10</b>
<u>Coseguro</u>	<b>\$1,920</b>
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	<b>\$60</b>
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,990</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 \$5,000
- Copago del especialista \$70
- Coseguro del establecimiento 30%
- Otro coseguro 30%

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
- Equipo médico duradero (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	<b>\$1,320</b>
<u>Copagos</u>	<b>\$550</b>
<u>Coseguro</u>	<b>\$0</b>
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	<b>\$20</b>
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,890</b>

**Fractura simple de Mía**

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

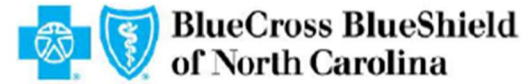
- El deducible general del plan \$5,000
- Copago del especialista \$70
- Coseguro del establecimiento 30%
- Otro coseguro 30%

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 del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	<b>\$1,870</b>
<u>Copagos</u>	<b>\$420</b>
<u>Coseguro</u>	<b>\$0</b>
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	<b>\$0</b>
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,290</b>

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



Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) provides free aids to service people with disabilities as well as free language services for people whose primary language is not English. Please contact the Customer Service number on the back of your ID card for assistance.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Comuníquese con el número para servicio al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta del seguro para obtener ayuda.