




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. 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</u> total?	Dentro de la red: \$5,000 por persona/ \$5,000 por cada miembro de la familia/\$10,000 total familiar. Fuera de la red: \$10,000 por persona/ \$10,000 por cada miembro de la familia/ \$20,000 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>	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 costo compartido y antes de que usted cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte la lista de servicios de <u>atención preventiva</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿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: \$7,000 por persona/\$7,000 por cada miembro de la familia/ \$14,000 por familia. Fuera de la red: \$14,000 por persona/\$14,000 por cada miembro de la familia/ \$28,000 total familiar.	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> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite bluecrossnc.com/encontraratencion 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 dentro de la red del 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 servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir estos servicios.
¿Necesita una <u>derivación para atenderse con un especialista</u> ?	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)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 copago	50% coseguro	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>	\$50 copago	50% coseguro	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	30% coseguro	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.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	50% coseguro	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% coseguro	50% coseguro	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)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en es.bluecrossnc.com/medicamentos	Medicamentos del nivel 1	\$10 copago	\$10 copago	Se puede requerir <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán. El copago corresponde a un suministro de 30 días. Para tratamiento de la infertilidad corresponden límites de dosificación. *Consulte la sección de <u>medicamentos con receta</u> .
	Medicamentos del nivel 2	\$10 copago	\$10 copago	
	Medicamentos del nivel 3	\$40 copago	\$40 copago	
	Medicamentos del nivel 4	\$105 copago	\$105 copago	
	Medicamentos del nivel 5	\$150 copago	\$150 copago	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	50% coseguro	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	50% coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$500/sin hospitalización; 20% coseguro/con hospitalización.	\$500/sin hospitalización; 20% coseguro/con hospitalización.	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 copago	50% coseguro	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	50% coseguro	Ninguna

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	\$10/ cita en el consultorio; 20% coseguro/paciente ambulatorio	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% coseguro	50% coseguro	*Consulte la sección de planificación familiar.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	50% coseguro	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% coseguro	50% coseguro	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> o los servicios no se cubrirán.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$50 copago/ cita en el consultorio; 20% coseguro/paciente ambulatorio	50% coseguro	Ver 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>	\$50 copago/cita en el consultorio; 20% coseguro/paciente ambulatorio	50% coseguro	Los servicios de habilitación se combinan con los límites del servicio de rehabilitación enumerados anteriormente.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% coseguro	50% coseguro	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>	20% coseguro	50% coseguro	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>	20% coseguro	50% coseguro	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)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	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"> • Acupuntura • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Atención rutinaria de la vista (adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adulto) • Programas para perder peso |
|--|--|--|

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"> • Cirugía bariátrica • Tratamiento para la infertilidad • Atención rutinaria del pie que no sea paliativa o cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Enfermería particular |
|---|--|--|

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 o contacte a Blue Cross NC al 1-877-258-3334 o 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 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. 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, 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 \$50
- Coseguro del establecimiento 20%
- Otro 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 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:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$5,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,280
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,350

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 \$50
- Coseguro del establecimiento 20%
- Otro 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 de sangre*)
- Medicamentos con receta
- Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,320
<u>Copagos</u>	\$450
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,790

Fractura simple de Mía

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

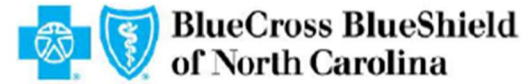
- El deducible general del plan \$5,000
- Copago del especialista \$50
- Coseguro del establecimiento 20%
- Otro coseguro 20%

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*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,870
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,170

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.