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.bluekc.com/scmoepo o llame al 1-877-410-6716. 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.cciio.cms.gov o llamar al 1-877-410-6716 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$1,000 por individuo / $2,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva se cubren antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$3,500 por individuo / $7,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Vea www.BlueKC.com/epo/bsp/sc o llame al 1-877-410-6716 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación.

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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cargo para servicios recibidos por parte de un proveedor designado de un Centro de Atención de Spira.
	Consulta con un especialista	Sin cargo	Sin cobertura	Las mismas limitaciones que para la atención primaria.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo, no se aplica el deducible	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Análisis de sangre: sin cargo si se realiza en el laboratorio independiente/consultorio de un proveedor dentro de la red.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.

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 www.bluekc.com/2025Premium.	Medicamentos genéricos, incluidos los medicamentos de especialidad	RxPremier: Por venta minorista: $15 de copago por surtido, no se aplica el deducible; Por pedido por correo: $15 de copago por surtido, no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del medicamento. Cubre un suministro de hasta 34 días (por venta minorista) y un suministro de entre 35 y 102 días (por pedido por correo). Las recetas médicas de medicamentos de especialidad deberán surtirse en una farmacia de especialidad designada y se limitan a un suministro de 34 días.
	Medicamentos de marca preferidos, incluidos los medicamentos de especialidad	RxPremier: Por venta minorista: $50 de copago por surtido, no se aplica el deducible; Por pedido por correo: $125 de copago por surtido, no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del medicamento. Cubre un suministro de hasta 34 días (por venta minorista) y un suministro de entre 35 y 102 días (por pedido por correo). Las recetas médicas de medicamentos de especialidad deberán surtirse en una farmacia de especialidad designada y se limitan a un suministro de 34 días.
	Medicamentos de marca no preferidos, incluidos los medicamentos de especialidad	RxPremier: Por venta minorista: sin cargo; Por pedido por correo: sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del medicamento. Cubre un suministro de hasta 34 días (por venta minorista) y un suministro de entre 35 y 102 días (por pedido por correo). Las recetas médicas de medicamentos de especialidad deberán surtirse en una farmacia de especialidad designada y se limitan a un suministro de 34 días.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	Algunas cirugías y servicios para pacientes ambulatorios deben estar previamente autorizados. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	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 atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Deducible dentro de la red, después sin cargo	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Deducible dentro de la red, después sin cargo	Ninguna
	Atención de urgencia	Sin cargo	Deducible dentro de la red, después sin cargo	Las mismas limitaciones que para la atención primaria.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	Su empleador participa en un programa de asistencia para empleados. Este programa puede proporcionar beneficios adicionales de salud mental y de abuso de sustancias.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Las hijas dependientes no tienen cobertura para los servicios de maternidad.

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 recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Máximo de 60 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Fisioterapia y terapia ocupacional: máximo de 60 visitas combinadas por año calendario. Terapia del lenguaje y la audición: máximo de 20 visitas combinadas por año calendario. Es posible que las visitas adicionales estén cubiertas con autorización previa.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Consulte Límites de los servicios de rehabilitación.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Máximo de 30 días por año calendario. Se requiere autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Máximo de 14 días de por vida en un centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados. Se requiere autorización previa para los servicios recibidos en un centro para pacientes hospitalizados. Si no se obtiene una aprobación, podría ser responsable por el costo del servicio.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	$40 de copago por visita, no se aplica el deducible	Sin cobertura	Límite de un examen de la vista por año calendario.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

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).

- Aborto (excepto cuando la vida de la madre se encuentra en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención de los pies de rutina
- 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).

- Atención quiropráctica
- Cobertura brindada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bluekc.com/moepo
- Audífonos limitados a 1 audífono cada 48 meses
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina limitada a un examen de la vista por año calendario

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: Blue Cross and Blue Shield of Kansas City al 816-395-2953 o www.BlueKC.com, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) www.dol.gov/ebsa/healthreform, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov, los planes eclesiásticos no están cubiertos por las normas federales de continuidad de cobertura COBRA. Si se asegura la cobertura, las personas deben comunicarse con su regulador estatal de seguros acerca de 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 su plan al 1-888-989-8842, el Departamento de Comercio y Seguros de Missouri al 800-726-7390, o en www.insurance.mo.gov, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272), o en www.dol.gov/agencies/ebsa.

¿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.

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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	**$1,000**
Coseguro del especialista	**0%**
Coseguro del hospital (establecimiento)	**0%**
Otro coseguro	**0%**

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	
Deducibles	$1,000
Copagos	$10
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$1,070**

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**
Coseguro del especialista	**0%**
Coseguro del hospital (establecimiento)	**0%**
Otro coseguro	**0%**

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

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$800
Copagos	$1,100
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,900**

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**
Coseguro del especialista	**0%**
Coseguro del hospital (establecimiento)	**0%**
Otro coseguro	**0%**

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	
Deducibles	$1,000
Copagos	$10
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,010**

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

La discriminación va contra las leyes

Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (Blue KC) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue KC, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-395-7126.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Blue KC 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-844-395-7126.

Blue KC:

- Proporciona ayuda y servicios sin cargo para que las personas con discapacidades se comuniquen de forma efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente, 844-395-7126 (número gratuito), languagehelp@bluekc.com.

Kansas City

Un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association